

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

530

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le jeudi 13 juillet 1899 à 1 heure.

Par MARIE-JOSEPH-WILHELM GRAVIER SAINTE-LUCE

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 13 janvier 1874

INDICATIONS GÉNÉRALES

DU

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

EXPOSÉ ET CHOIX DES PROCÉDÉS

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. BUDIN, professeur.
RICHELOT et WALLICH, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le jeudi 13 juillet 1899 à 1 heure.

Par MARIE-JOSEPH-WILHELM GRAVIER SAINTE-LUCE

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 13 janvier 1874

INDICATIONS GÉNÉRALES

DU

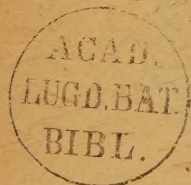
TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

EXPOSÉ ET CHOIX DES PROCÉDÉS

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges { MM. BUDIN, professeur.
RICHELOT et WALLICH, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie.		FARABEUF.	
Physiologie.		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.		DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.	
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.	
Thérapeutique.		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée.		N.....	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale.		POTAIN.	
		JACCOUD.	
		HAYEM.	
		DIEULAFOY	
		GRANCHER.	
Maladie des enfants.		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.	
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.	
		LE DENTU	
		TILLIAUX.	
Clinique ophthalmologique.		PANAS.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.	
Clinique d'accouchements.		BUDIN.	
		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance.

A MA TANTE

M^{me} MAYNE DE SAINTE-LUCE

A M. LE D^r SCHWARTZ

Chirurgien des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

INDICATIONS GÉNÉRALES

DU TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

EXPOSÉ ET CHOIX DU TRAITEMENT

AVANT-PROPOS

Une récente discussion soulevée à la Société de chirurgie par une communication de M. Monod, nous a donné l'idée de prendre comme sujet de thèse la question du traitement des hémorroïdes. Long et complexe est le débat, nous espérons néanmoins, après une étude et une exposition rapide des différents procédés en cours, tirer des conclusions nettes et poser les bases du problème de la cure des hémorroïdes en mettant en relief les indications précises de chaque méthode.

Nous ne croyons pas, en effet, qu'il soit possible de résumer en une formule concise les données de la question. Tel chirurgien a sa méthode préférée évidemment, mais aucun, nous le croyons, n'a la prétention d'adapter cette méthode à tous les cas. En un mot, la

dilatation, la cautérisation, l'extirpation pour ne citer que ces trois principaux modes de traitement s'adressent chacune à des cas bien nets, bien distincts et c'est ici que l'absolue nécessité d'une clinique consommée se fait sentir. De l'étude approfondie de l'état local et général peut seulement résulter la décision opportune, raisonnée, des moyens à employer pour amener la guérison.

Aussi, suivrons-nous la marche suivante :

Dans la première partie de notre travail, nous traiterons le côté clinique de la question. Nous essayerons de faire un tableau des principales variétés d'hémorroïdes, des accidents inhérents à chacune de ces variétés. Nous verrons quelles sont les hémorroïdes à opérer, celles au contraire qu'il faut respecter, en un mot nous poserons l'indication de l'intervention ou de la non-intervention sans spécifier le mode auquel s'adresser.

La deuxième partie comprendra l'étude de la thérapeutique médicale et chirurgicale des hémorroïdes.

De nombreux procédés sont en présence, comme nous le verrons. Nous nous efforcerons de montrer les difficultés opératoires, les accidents de chaque façon de faire. De la juxtaposition des deux parties de notre thèse résulteront naturellement, nous le croyons les indications. C'est là la partie la plus délicate du problème.

Des observations, des statistiques qu'ont bien voulu nous fournir nos maîtres nous permettront enfin, d'éta-

blir les résultats immédiats et cliniques de tel ou tel mode de traitement.

Nos conclusions en découleront.

Nous sommes heureux de profiter de l'occasion pour adresser à notre maître M. le D^r Schvartz nos plus vifs remerciements.

Il ne s'est pas contenté de nous indiquer le sujet de cette thèse, il nous en a facilité l'élaboration par les conseils les plus éclairés et en mettant à notre disposition les résultats de sa pratique personnelle.

M. le professeur Le Dentu a bien voulu nous éclairer aussi de ses conseils bienveillants et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde et respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Les hémorroïdes sont les varices des veines ano-rectales. Il en existe deux grandes variétés qui commandent un traitement tout à fait différent, les hémorroïdes externes et les hémorroïdes internes. Les premières sont dites encore cutanées ; elles sont placées à l'extérieur de l'anus, au niveau de la peau de la région anale, les secondes sont au contraire muqueuses, cachées dans le rectum. Il est juste de dire que ces deux variétés sont le plus souvent réunies chez le même individu.

Cette division en hémorroïdes externes et internes ne présente pas évidemment un véritable intérêt lorsqu'il s'agit d'étudier cette affection au point de vue étiologique ou anatomo-pathologique, mais dès que l'on en aborde l'étude clinique et thérapeutique, elle devient de toute nécessité ; et l'on ne saurait établir aucune comparaison entre la gravité de ces deux modes bien distincts.

§ 1. — *Hémorroïdes externes.*

Les hémorroïdes externes se montrent en effet sous l'aspect de petits bourrelets cutanés siégeant autour de l'anus, ne provoquant pas en temps ordinaire de douleur notable. Une certaine gêne peut se manifester surtout lorsqu'elles atteignent un volume assez considérable. Certes, à ce degré, l'affection ne constitue pas une maladie, mais ces hémorroïdes sont susceptibles de s'enflammer et ces poussées aiguës de phlébite donnent naissance à des accidents plus sérieux.

On voit, dans ces périodes de crise, les petits paquets externes devenir turgescents et douloureux, le malade se plaint de battements, de sensation de corps étranger. Le sphincter de l'anus se contracture douloureusement surtout lorsque la surface des petites tumeurs est exulcérée. La défécation est alors redoutée, car aux symptômes des hémorroïdes viennent se joindre ceux de la fissure à l'anus.

L'état général est peu atteint, quelques troubles digestifs sont la conséquence fréquente de ces crises qui se terminent le plus souvent au bout de sept à huit jours. On voit alors, tomber tous les phénomènes inflammatoires et la résolution est le mode de terminaison le plus fréquent. On peut encore voir une petite suppuration apparaître et une fistule en être la conséquence.

Le résultat de ces poussées de phlébite est généralement l'induration des tumeurs hémorroïdaires externes, elles reviennent sur elles-mêmes et forment les marisques qui ressemblent parfois à des condylomes.

§ 2. — *Hémorrhôïdes internes.*

Tout autre est le tableau des hémorrhôïdes internes. Celles-ci sont cachées à l'intérieur du rectum, il en résulte pendant la période de développement une latence presque absolue. Quelquefois de minces filets de sang tapissent le bol fécal. Un peu de gêne succède à la défécation et c'est tout.

Mais après cette période, on voit apparaître tous les symptômes des hémorrhôïdes, et suivant le symptôme dominant le tableau clinique se transforme. En tous cas, lorsqu'elles ont atteint un certain développement, les hémorrhôïdes internes donnent un sentiment de pesanteur à l'anus, le malade ne peut rester longtemps debout sans éprouver de la gêne et même un véritable tenesme, un symptôme qui peut devenir intense est la douleur à la défécation. Il en résulte que celle-ci est redoutée, que les malades l'évitent le plus possible.

Enfin, les hémorrhagies apparaissent. Celles-ci sont presque constantes, elles sont très variables en leur abondance et peuvent à elles seules constituer un danger pour la vie du malade. On voit l'anémie s'installer et une véritable cachexie s'établir. Le nombre des globules rouges diminue considérablement. Nous verrons qu'il y a dans cet état une contre-indication à l'opération de Whitehead qui amène une perte de sang souvent considérable que ne peuvent supporter ces malades déjà fatigués par leurs hémorrhagies continues.

Ces hémorrhagies apparaissent le plus souvent, au moment de la défécation, immédiatement après l'expulsion des matières, plus rarement entre les périodes de défécation. La quantité de sang perdu est très variable. Le sang est généralement rouge-rutilant, ce qui a fait dire à quelques auteurs que c'était du sang artériel. Il n'en est rien. Le sang provient soit d'une petite poche hémorrhoïdaire rompue dans le rectum, soit des capillaires et surtout des « petits vaisseaux très superficiels de la muqueuse devenue comme angioma-
« teuse » (1).

Au bout d'un certain temps, survient dans l'évolution du mal un nouveau symptôme, c'est la procidence pendant la défécation. On voit alors pendant l'effort les tumeurs hémorrhoïdaires sortir sous forme d'un bourrelet qui rentre dès que l'effort est terminé. Borné à cela, ce nouveau symptôme ne serait pas bien grave, si cette procidence ne favorisait considérablement les hémorrhagies, les hémorroïdes sont tirillées, elles ont une tendance marquée à se pédiculiser. Bientôt cette procidence augmente, elle peut se montrer en dehors de la défécation et constituer un véritable prolapsus de la muqueuse rectale. La gêne est de plus en plus considérable, et les traumatismes auxquels sont exposées de ce chef les tumeurs hémorrhoïdaires amènent des complications.

Il se produit une ulcération des hémorroïdes exposées aux frottements extérieurs et tous les signes de la

1. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, p. 377.

fissure apparaissent. Une fluxion, une turgescence de la tumeur peut dès lors en rendre plus difficile la réduction.

L'irréductibilité complète peut alors apparaître. « Les hémorroïdes internes (1) deviennent irréductibles par inflammation, par étranglement. Les hémorroïdes plus ou moins turgescents, franchissent le sphincter qui, spasmodiquement contracturé se resserre et empêche toute réduction. Il se produit une thrombose plus ou moins étendue, des exulcérations, de la gangrène, tout cela accompagné de douleurs atroces qui constituent la crise d'étranglement. Peu à peu, les phénomènes diminuent, la tumeur se résout après élimination de parties plus ou moins grandes frappées de sphacèle et le malade est guéri de la crise et des hémorroïdes dont la plupart se sont oblitérées et rétractées ».

L'évolution des hémorroïdes ne va pas sans un certain degré de rectite hémorroïdaire, celle-ci donne lieu à un écoulement muco-purulent, dont l'abondance ne tarde pas à devenir considérable. La présence de ce liquide irrite la région anale, la face interne des cuisses et il en résulte de l'érythème, des démangeaisons insupportables. Ce sont là « les hémorroïdes blanches » de Richet.

Les lésions de la rectite hémorroïdaire peuvent aller très loin et amener une sorte d'induration de toutes les

1. Schwartz. *Journal des Praticiens*, n° du 22 avril 1899, p. 247.

tuniques du rectum. On peut même voir apparaître un véritable rétrécissement du rectum avec ulcérations saignantes.

Nous venons de passer rapidement en revue les divers symptômes des hémorroïdes et les accidents auxquels elles donnent lieu, ce ne sera pas besoin inutile car c'est d'après cette étude que nous pouvons poser les indications du traitement. Il nous reste à voir si toutes ces hémorroïdes doivent être traitées.

Y a-t-il d'abord des hémorroïdes qu'il faut respecter ?

CHAPITRE II

Indications et contre-indications générales du traitement des hémorroïdes.

Au commencement de notre siècle, on trouve une grande tendance à ne pas traiter les hémorroïdes. Rien ne peut nous donner une idée plus juste de ce qu'en pensaient bien des médecins qu'une citation de Montégre : « Le flux hémorroïdal, dit cet auteur, (1) est « un acte vital auquel ne saurait convenir le nom de « maladie, car, non seulement il n'empêche ou ne gêne « l'exercice d'aucune fonction, mais au contraire, sans « causer de douleurs ni d'incommodité notable il assure « la conservation de la santé ».

Que penser aujourd'hui de cette opinion ?

Evidemment, tout le monde s'accorde à reconnaître qu'elle est fausse et ce n'est guère que dans le peuple que l'on rencontre cette croyance que l'on peut qualifier de préjugé à l'heure actuelle. Envisagée d'une façon générale comme le fait de Montégre, comme le fait Hippocrate, certainement l'opinion de ces auteurs est surannée. Il faut, peut-on dire à l'heure actuelle, débarrasser les malades de cette infirmité qui peut

1. De Montégre. *Des hémorroïdes*. Paris 1817.

devenir excessivement intense et présente des dangers même pour l'existence. N'y a-t-il pas pourtant une part de vrai dans cette opinion ancienne. C'est ce qu'il nous faut déterminer.

Chez un hémorroïdaire avéré, le diagnostic d'hémorroïde étant bien établi, car il ne faut pas se baser sur les dires du malade mais bien voir soi-même les hémorroïdes internes, il ne faut pas se borner à cette simple constatation, il faut encore savoir si ces hémorroïdes ne sont pas symptomatiques.

Nous insisterons un peu sur ce point, considérant que cette classe est un peu trop négligée aujourd'hui. Evidemment, les hémorroïdes symptomatiques sont loin d'être les plus nombreuses ; mais il est bien évident qu'elles existent et on en a opéré bien souvent qu'un examen plus soigneux aurait ordonné de respecter.

Moilière dans son traité des affections du rectum divise ces variétés en trois catégories :

1° Hémorroïdes dues à des maladies des organes pelviens.

2° Hémorroïdes dues à des maladies des organes abdominaux.

3° Hémorroïdes dues à des maladies des organes thoraciques.

Dans la première catégorie, on rencontre les hémorroïdes dues aux maladies du rectum, de la prostate, de l'urèthre, de l'utérus.

Dans le rétrécissement du rectum, c'est la gêne circulatoire produite par le processus cicatriciel qui fait

naître ces hémorroïdes au-dessous du point rétréci. De même dans toutes les inflammations chroniques du rectum, rectites chroniques, descentes, cancer, dans ce dernier cas la thrombose veineuse se produit également du fait de l'évolution de la tumeur.

Les affections des organes génito-urinaires amènent également la dilatation variqueuse des veines ano-rectales, les inflammations chroniques de la vessie, par exemple, les hypertrophies de la prostate; tout le système veineux du petit bassin est, en effet, communiquant, et il suffit que la circulation soit gênée en un point pour qu'aussitôt, les territoires voisins soient envahis par le reflux sanguin, d'où altération variqueuse de ces veines surchargées de travail.

Les affections utérines peuvent également s'accompagner du développement d'hémorroïdes, les tumeurs du petit bassin amènent la gêne circulatoire au niveau du périnée et de l'anus. Dans la grossesse, on voit des hémorroïdes atteindre parfois un gros développement et donner des accidents. S'ils sont suffisamment intenses, il ne faut pas craindre d'opérer les hémorroïdes. L'expérience prouve que l'évolution de l'œuf n'en est nullement gênée et que la perte de sang, les douleurs etc., etc., sont autrement préjudiciables à la grossesse que l'acte opératoire. Peu d'hémorroïdes de la grossesse nécessiteront l'intervention; mais on en voit se développer à un degré léger chez plus d'un tiers des femmes enceintes d'après Budin : sur 300 femmes enceintes, il a relevé 111 cas d'hémorroïdes; pour cet auteur, ce serait moins à la compression exercée par l'u-

térus gravide, qu'à l'accroissement de la tension sanguine générale et à la constipation habituelle qu'elles seraient dues.

Les hémorroïdes symptomatiques des affections abdominales se montrent dans l'hypertrophie des ganglions mésentériques et prévertébraux, dans les tumeurs liquides ou solides de la rate, des reins, dans les affections du foie. Il est de règle d'insister beaucoup sur cette dernière variété. Les troubles de la circulation porte doivent, en effet, rationnellement produire la dilatation variqueuse du rectum et pourtant les hémorroïdes sont rares dans la cirrhose de Laënnec, elles semblent plus fréquentes dans les cas de congestion du foie. D'ailleurs, il est une cause d'erreur dont il faut se méfier, c'est le mœlena qu'il ne faut pas prendre pour le flux hémorroïdaire et qui, on le sait, est fréquent dans les affections hépatiques.

Les maladies cardio-pulmonaires à la période d'asystolie retentissent sur la circulation porte, chez certains cardiaques pléthoriques, il faut respecter les hémorroïdes.

Après cette revue rapide des différentes hémorroïdes symptomatiques, nous pouvons nous rendre compte qu'il existe une part de vérité dans l'opinion ancienne qui voulait qu'on respectât cette affection. Cette part est restreinte mais elle n'est pas négligeable.

La relation qui existe entre l'état général et la fluxion hémorroïdaire doit être recherchée. Elle est rare, mais pourquoi la nier alors qu'on l'admet pour certaines épistaxis et pour certaines règles supplé-

mentaires. Il n'est pas logique de rejeter cette hypothèse, lorsqu'on l'applique exactement à d'autres faits analogues. Certains individus à aspect apoplectique, gros, rouges, sont véritablement soulagés lorsque se montre la fluxion hémorroïdaire. Faut-il les débarrasser de cet émonctoire puissant ? Non puisqu'ils en éprouvent d'excellents effets.

Pour nous résumer nous ne saurions mieux faire que de citer les phrases de notre maître M. Schwartz.

« Il ne faut pas opérer, dit-il, les hémorroïdes qui
« sont facilement tolérées, qui ne s'accompagnent d'au-
« cune complication.

« Il ne faut pas opérer, en général, les hémorroïdes
« symptomatiques de lésions du bassin, des viscères de
« l'abdomen et en particulier du foie. On agira de
« même chez les cardiaques, les brightiques, les diabé-
« tiques.

« Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut déroger
« à cette règle par suite de complications menaçant
« l'économie telles que les hémorrhagies.

« Chez les individus gouteux, franchement arthriti-
« ques, soumis à des flux hémorroïdaire, pour ainsi
« dire périodiques et qui n'altèrent en rien la santé
« générale, il ne faut pas intervenir davantage. »

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Traitement médical des hémorroïdes.

Le diagnostic d'hémorroïdes étant bien établi et nous avons dit qu'il fallait pour cela *voir* les hémorroïdes internes (1), la cause de ces hémorroïdes étant recherchée, voyons quels sont les moyens médicaux à mettre en œuvre pour améliorer la situation du malade. Nous disons améliorer, car il est impossible de guérir radicalement par une action de cette nature qui sera purement palliative. Ce chapitre pouvait s'intituler, disent Quénu

1. Cela sera facile lorsque les hémorroïdes sont procidentes mais il faut user de certains moyens pour y arriver au cas contraire. Le toucher ne donne aucun renseignement.

On ne sent pas les hémorroïdes, à moins qu'il n'y ait une induration des parois veineuses due à des poussées inflammatoires successives.

Il faut donc dire au malade de pousser et écarter l'anus avec les doigts, on voit alors sortir les hémorroïdes. Au cas où ce moyen ne réussirait pas, il faut donner un lavement et examiner la région immédiatement après l'expulsion de ce dernier.

et Hartmann (1) : *Hygiène du rectum*. Les moyens que nous allons indiquer sont aussi bien prophylactiques pour empêcher le développement d'hémorroïdes légères que des mesures palliatives contre la maladie déjà constituée.

Il faut chez les hémorroïdaires lutter contre la constipation, éviter par des mesures de propreté extrême toute inoculation de la région anale. Dans le premier but, on recommande au malade de se présenter à la même heure tous les jours, à la selle, de prendre des laxatifs, des lavements, le massage de l'abdomen est une excellente méthode contre la constipation, il y aura lieu d'y recourir.

Enfin, des lavages froids de l'anus après chaque selle, l'usage de linge fin et non de papier est indispensable pour empêcher les erythèmes, les démangeaisons.

Les accidents provoqués par les hémorroïdes nécessitent également la mise en œuvre de divers moyens thérapeutiques contre les hémorrhagies, si l'état général ou une raison sérieuse quelconque s'opposaient au traitement chirurgical dont elles constituent une indication, il faut opposer les bains locaux très froids ou très chauds, les injections médicamenteuses de substances astringentes, perchlorure de fer, eau de Pagliari, tannin, le tamponnement du rectum, et surtout la cautérisation au fer rouge.

Contre les accidents inflammatoires ou les poussées

1. *Loco citato*.

congestives, les bains de siège prolongés, les applications de suppositoires ou de tampons avec de la cocaïne de l'orthoforme, de l'opium.

Contre les douleurs, on emploiera des pommades calmantes à l'extrait thébaïque, à la cocaïne, à la belladone, appliquées directement ou sous forme de suppositoires, les bains locaux et généraux. Quelquefois la piqûre de morphine sera nécessaire.

Inutile de dire que tous ces moyens innombrables car nous pourrions faire un volume si nous les donnions tous, sont purement palliatifs et ne peuvent guérir les malades. Nous en arrivons maintenant au côté le plus intéressant de la question, le traitement chirurgical.

CHAPITRE II

Traitement chirurgical.

EXPOSÉ DES PROCÉDÉS.

Ceux-ci sont excessivement nombreux, néanmoins de la dernière discussion de la Société de chirurgie, on peut tirer entre autre cette conclusion que la cure des hémorroïdes offre trois méthodes principales, la dilatation, la cautérisation au fer rouge et l'extirpation au bistouri.

§ 1. — Dilatation.

La dilatation de l'anus doit nous occuper la première, en effet, on la pratique seule dans quelques cas que nous aurons à préciser, mais on la pratique toujours comme premier temps des autres méthodes, *il faut toujours dilater l'anus avant d'agir par un moyen quelconque sur les hémorroïdes*. On peut faire la dilatation soit à l'aide du spéculum an de Trélat, soit à l'aide des doigts. Dans tous les cas elle doit être complète, or c'est une manœuvre excessivement douloureuse et pour la pratiquer, il est absolument indispensable d'anesthésier le malade.

L'anesthésie générale est préférable dans les cas où

la dilatation doit être suivie de l'extirpation des hémorrhoïdes. On endormira les malades à l'éther ou au chloroforme et nous donnons le conseil d'user de l'éther chaque fois qu'il n'y aura pas de contre-indication dans l'âge ou l'état des voies respiratoires. L'éther, en effet, loin de favoriser la syncope cardiaque comme le chloroforme, augmente l'action nerveuse sur le cœur et les vaisseaux. Or, il faut savoir que la syncope est fréquente au cours de la dilatation de l'anus. On voit au moment où l'on écarte les branches du spéculum, les malades pâlir, et pour aussi profondément qu'ils soient endormis, leur rythme respiratoire changer, c'est un moment critique pendant lequel la syncope survient souvent et l'attention de l'aide chargé de l'anesthésie doit se concentrer tout entière pour éviter les accidents. Pour diminuer ces réflexes, dûs au tiraillement, au déchirement des nerfs de la région sphinctérienne il faut endormir profondément le malade, mais on ne pourra les éviter complètement.

Aussi, l'anesthésie locale doit-elle être utilisée lorsqu'on borne l'intervention à cette dilatation ou lorsqu'on la fait suivre seulement de quelques coups de thermocautère dans les paquets variqueux.

C'est une excellente façon d'anesthésier cette région que d'employer la cocaïne, mais encore faut-il savoir l'injecter comme il faut. Si les injections sont bien faites, si la peau, la muqueuse, le sphincter sont bien anesthésiés, le malade pourra fort bien supporter cette dilatation si douloureuse.

Voici le manuel opératoire de l'anesthésie à la cocaïne de la région anale :

Le malade est couché sur le flanc, la jambe de dessous étendue, celle de dessus repliée sur le ventre, un aide soulève la fesse supérieure pour bien montrer l'anus. On emploie une solution de cocaïne à 1 pour 100. Dans cette solution, on trempe quelques petits tampons qu'on introduit à frottement, à l'aide d'une pince dans le canal anal, on les abandonne dans l'ampoule, on obtient ainsi l'anesthésie de la muqueuse.

Ensuite, à l'aide d'une seringue de Pravaz, on fait une injection cutanée circulaire à 1 cm. environ de l'anus. Cette injection peut être complète avec le contenu de quatre seringues.

On commence par le quart antérieur de la circonférence, en injectant l'alcaloïde à mesure que l'aiguille chemine sous la peau, il faut que l'injection soit « traçante » c'est-à-dire qu'elle laisse une traînée blanchâtre indiquant qu'elle siège bien dans le derme et non dans le tissu cellulaire sous cutané. On fait ensuite le deuxième quart antérieur, par le même procédé, et on passe enfin à la demi-circonférence postérieure.

Ce n'est pas tout, il faut encore et surtout anesthésier le sphincter de l'anus. On introduit un doigt dans le canal anal et parallèlement à ce doigt, dans le muscle que l'on sent, on fait six piqûres environ, trois dans chaque moitié de la circonférence.

Au bout de quelques instants l'anesthésie est obtenue et on peut pratiquer la dilatation (1).

« 1. On ne saurait trop recommander la prudence tout en re-

Certains chirurgiens la font à l'aide des pouces repliés en crochet d'abord dans le sens antéro-postérieur, ensuite dans le sens transversal, en allant jusqu'aux ischions. Il nous semble préférable d'utiliser le spéculum de Trélat.

Sous l'influence de l'anesthésie cet instrument enduit au préalable de vaseline pénètre facilement dans l'anus. On enlève alors progressivement les manches, sans secousses mais lentement. Trélat dit qu'il faut trois minutes pour dilater un sphincter anal. On ouvre ainsi le spéculum, on le retire et on l'introduit de nouveau pour dilater dans un autre diamètre.

Cette dilatation terminée, de deux choses l'une, ou bien les hémorroïdes qui étaient de petit volume se trouvent étalées et constituent à peine de petites varicosités sans grande importance ou bien au contraire, du fait de la dilatation, on voit sortir par l'anus de gros bourrelets nécessitant l'extirpation. Dans le premier cas, l'opération se borne à la dilatation.

« marquant que dans cette espèce de tissu caverneux la circulation est peu active : les oblitérations des vaisseaux sont nombreuses et de fait voici plus de cent anesthésies anales que nous pratiquons sans avoir jamais observé le moindre indice d'intoxication. Les piqûres intra-sphinctériennes sont au nombre de six et régulièrement espacées. Les injections sont alors terminées et la dose totale de la cocaïne injectée est de 4 centigrammes, plus 6 centigrammes, soit 10 centigrammes d'alcaloïde, sans compter la quantité indéterminée que la muqueuse absorbe au niveau du tampon ».

(Forgue et Reclus, *Traité de Thérap. chir.* T. H, p. 870.)

Il est bon après avoir pratiqué la dilatation de l'anus de retarder la première selle jusqu'au surlendemain à l'aide de 10 centigr. d'extrait thébaïque.

On remarque après cette opération une atonie des sphincters de l'anus qui persiste pendant plusieurs jours, et cependant, les expériences de Quénu et Hartmann sur sept chiens de haute taille ont prouvé qu'il ne se produisait aucune déchirure des fibres musculaires sphinctériennes, aucune lésion locale, aussi ces auteurs rapportent-ils la cause de cette atonie à une paralysie du centre sus-spinal, paralysie due à une excitation violente des nerfs sensitifs de la région; à cette excitation violente succèdent des phénomènes de dépression locale, la rétention d'urine serait due pour eux, dans ces cas, à la paralysie vésicale.

La disparition de la douleur que l'on remarque après cette opération a été attribuée par Van Buren (1), à une elongation des nerfs sensitifs de la région. Cette hypothèse est peu vraisemblable car les nerfs ne sont pas allongés dans cette dilatation, ou du moins on se demande par quel mécanisme ils le seraient.

La dilatation dans le cas d'hémorroïdes a pour but de rétablir la circulation normale dans les veines de la région anale, cette circulation étant gênée par la contracture sphinctérienne. C'est Verneuil, Gaget de Lyon, Fontan qui furent les principaux partisans de ce procédé auquel ils crurent pouvoir demander la guérison

1. Van Buren. *Transac. of the New-York Academy of Medicine*, V. 11, p. 180 cité par Ball.

des hémorroïdes. Nous verrons qu'il ne donne généralement qu'une amélioration passagère des symptômes.

§ 2. — *Destruction des hémorroïdes par le fer rouge ou les caustiques.*

C'est cette méthode qui lutte encore aujourd'hui contre l'extirpation au bistouri.

1° *Fer rouge.* — a) *Procédé de Richet.* — Ce procédé date d'Hippocrate.

Voici ce qu'il disait : « Vos fers étant chauffés à blanc, vous aurez soin de cautériser jusqu'à dessiccation et de ne pas les appliquer mollement comme si l'on faisait une onction avec une spatule, il importe de ne laisser aucune hémorroïde sans la toucher au fer rouge ; toutes doivent être cautérisées ».

Ce procédé eut un énorme succès, puis fut abandonné fort longtemps et repris ensuite par Velpeau, Nélaton, Denonvilliers, Gosselin et Richet.

Voici comment agissait ce dernier. Un fil de laiton fixé à une aiguille d'acier était recourbé en anse. On passait cette anse à la base de chaque tumeur hémorroïdaire. Alors saisissant de la main droite une pince cautère chauffée à blanc, on écrasait entre les mors de cette pince le bourrelet attiré par l'anse, on agissait ainsi jusqu'à destruction totale des hémorroïdes.

b) *Procédé de Boyer.* — Dans ce procédé, la muqueuse intermédiaire était ménagée. C'est ce qui n'avait pas lieu dans le procédé de Boyer qui détruisait les

hémorroïdes en touchant au fer rouge toute la partie inférieure du rectum. Il en résultait des rétrécissements et de l'infection.

c) *Cautérisation ignée combinée aux excisions et à l'étranglement par un clamp.* — La cautérisation ignée fut ensuite combinée avec les excisions et l'étranglement par un clamp. On attire les bourrelets à l'aide d'une pince à mors fenêtrés (forceps hémorroïdal d'Ashton) qui ne blesse pas les tissus. On s'aide d'un dilatateur de l'anus pour se frayer un chemin. La tumeur étant saisie et attirée au dehors, on la tord pour la pédiculiser, on saisit alors la base entre les mors d'un clamp et on excise au bistouri ou aux ciseaux et avec le fer rouge sombre on cautérise la surface d'excision pour en faire l'hémostase. Cette méthode ancienne ressemble on le voit à celle de Richet. Mollière prétend qu'il ne faut pas l'utiliser dans les cas où les paquets ne sont pas faciles à pédiculiser lorsque la base en est large et que de gros vaisseaux battent à leur intérieur. Il préfère dans ce cas la ligature.

d) *Cautérisation ignée superficielle.* — C'est la méthode de Demarquay, procédé inefficace qui borne son action à la surface des hémorroïdes.

e) *Cautérisation ignée interstitielle.* — Elle consiste à porter des pointes de feu dans l'épaisseur même des bourrelets hémorroïdaux.

f) *Cautérisation galvanique.* — Esmarch l'a pra-

tiquée presque exclusivement et avec d'excellents résultats, dit-il.

Il plaçait une anse de fil de platine autour du pédicule des hémorroïdes et en opérait l'ablation en chauffant cette anse.

2° *Caustiques*. — Les caustiques ont été également appliqués à la cure des hémorroïdes, on se proposait de réaliser avec eux tantôt une cautérisation superficielle capable de provoquer un processus de cicatrisation et le retrait des tumeurs, tantôt une cautérisation profonde.

C'est plutôt au point de vue historique que pratique que nous insistons sur ces méthodes abandonnées à l'heure actuelle de presque tous les chirurgiens.

La cautérisation superficielle était pratiquée à l'aide de liquides corrosifs et de poudres escharrotiques acide sulfurique, nitrate acide de mercure, acide chromique, acide nitrique, beurre d'antimoine, pâte de Canquoin, caustique de Filhos, etc,

A cette méthode s'attachent des noms qui méritent qu'on la rappelle, Gosselin, Billroth etc...

Voici comment pratiquèrent ces auteurs; les régions anale, périnéale, fessière, étaient enduites d'un corps gras protecteur, les bourrelets (1) étaient fixés au dehors et touchés avec un pinceau d'amiante imprégné d'acide nitrique, et lorsque leur surface blanchissait on enlevait l'excès d'acide par un lavage. On séchait, on enduisait d'huile et l'on réduisait.

1. *Dict. des sciences. Médicales, loco citato.*

Le plus souvent le résultat était nul, si ce n'est que le malade souffrait horriblement et avait quelquefois des hémorrhagies à la chute des escharres. Les retrécissements se montraient également.

La cautérisation profonde s'obtenait surtout à l'aide de la potasse, du chlorure de zinc.

Enfin, un procédé consistait à injecter à l'intérieur des bourrelets hémorroïdaux à l'aide d'une seringue un mélange de glycérine et d'acide phénique, d'alcool et quelquefois de chlorure de zinc. Quelques chirurgiens pratiquent encore cette méthode.

Un traitement suranné, comme presque tous ceux que nous venons d'énumérer, est celui que recommandait Eveète. Cet auteur ayant cru remarquer que dans les tuniques des bourrelets hémorroïdaux se trouvaient de nombreuses fibres musculaires, eut l'idée d'injecter de l'ergotine dans ces paquets. Ce médicament agissait uniquement comme corps étranger et produisait même une vive douleur.

De tous ces procédés que nous venons d'exposer nous ne retiendrons que l'ignipuncture précédée de la dilatation. Celle-ci conserve, en effet, beaucoup de partisans et donne les meilleurs résultats lorsqu'elle est bien indiquée.

Voici comment la pratique M. Schwartz :

« La cautérisation par le fer rouge ou le Paquelin
« nous a donné toujours d'excellents résultats qui ne
« se sont pas démentis depuis que nous l'avons em-
« ployée. Aussi, ne saurions-nous trop la recomman-
« der. Nous la faisons toujours précéder de la dilata-

« tion et la pratiquons surtout lorsque les hémorrhœ-
« des sont procidentes et peu volumineuses. Chaque
« petite tumeur hémorrhœdaire saisie avec une pince
« à érignes est profondément embrochée par la pointe
« du thermo-cautère au rouge sombre, de façon à ne
« pas avoir d'hémorrhagie ; lorsqu'elle est facilement
« pédiculisable, elle est excisée. L'anesthésie à la cocaïne
« combinée à la gelure par le chloréthyle pulvérisé
« suffit généralement et il n'est pas besoin d'anesthésie
« générale. Il faut avoir soin de chauffer le Paquelin au
« rouge sombre sous peine de voir s'enflammer les va-
« peurs de chloréthyle.

Tel est le manuel opératoire simple et à la portée de
tous comme on le voit.

Comme pansement, on emploie des mèches enduites
de vaseline iodoformée, ces mèches pourront être tra-
versées par un drain, celui-ci permettant le passage
des gaz. On met ensuite un pansement humide mainte-
nu par un bandage en T. Durant huit jours on adminis-
tre au malade 10 centigr. d'extrait thébaïque et on lui
fait observer une diète relative.

§ 3. — *Extirpation au bistouri.*

Nous voici arrivés à la description des moyens vrai-
ment chirurgicaux, à l'opération dite cure radicale des
hémorrhôïdes.

Pratiquée dans les temps anciens, l'excision des hé-
morrhôïdes donnait avant l'antisepsie et la forcipressure

des accidents formidables qui y firent renoncer des chirurgiens comme Boyer et Velpeau.

De nos jours, on y est revenu et les accidents d'hémorragie et d'infection purulente ne sont plus à craindre. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que c'est là, sauf contre-indications nettes, la méthode de choix.

Voici le manuel opératoire de l'excision simple au bistouri ; il y a des variantes suivant chaque opérateur. Nous donnerons néanmoins comme types les procédés de MM. Reclus et Monod.

A. — *Procédé de Reclus.*

« Reclus saisit avec les pinces de Kocher le sommet
« du bourrelet d'une demi-circonférence de la marge
« de l'anus (1). » La muqueuse est ainsi étalée et l'on aperçoit la limite de la région saine et de la région malade, on place alors quelques pinces exactement à cette limite où doit porter l'incision. On pratique celle-ci avec le bistouri ou avec les ciseaux en tirant sur les pinces posées au sommet des bourrelets de façon à les tendre.

« Cette abrasion se fait d'un bout à l'autre de la
« demi-circonférence, sans s'occuper de l'hémostase ;
« d'ailleurs, ce tissu caverneux, rempli de sang coagu-
« lé, de caillots noirs, saigne beaucoup moins qu'on ne
« le suppose. La peau et la muqueuse ont été coupées,

1. Forgue et Reclus. *Traité de Thérap. chirurg.*, t. II, p. 871.

« l'une au niveau du point où commence le bourrelet
« et l'autre au niveau du point où il finit. » (Reclus).

Après cette extirpation, on tire sur les pinces supérieures pour abaisser le bord inférieur de la muqueuse saine, celle-ci descend facilement. Alors avec une aiguille de Reverdin, on passe un fil de catgut à travers cette muqueuse assez haut au-dessus de la section et on passe ensuite ce fil assez profondément sur les parois latérales de la perte de substance à travers le sphincter et la peau. On serre alors ce fil et l'adossement se fait parfaitement, quelques fils suffisent. Reclus recommande le catgut pour éviter l'opération de l'ablation des fils.

La suture étant faite pour la 1/2 circonférence, on entame l'autre moitié, exactement par le même procédé.

Le pansement est le même que dans le cas précédent, c'est-à-dire gaze iodoformée, vaselinée, traversée par un drain pour la sortie des gaz. Constipation pendant huit jours. Au huitième jour, un purgatif est administré, le travail de cicatrisation est alors presque terminé.

B. — *Procédé de Monod.*

M. Monod a indiqué la pratique à laquelle il s'est arrêté après des transformations multiples dans la séance du 17 mai 1899 de la Société de chirurgie !

Tout d'abord, il insiste, et à juste titre car nous verrons par des observations, que les cas de désunion dans ces opérations sanglantes sont presque tous dus au passage trop rapide, après l'opération, des matières fécales sur la plaie opératoire.

Il conseille un purgatif, 30 grammes de ricin l'avant-veille, un verre d'eau purgative la veille, un lavement ensuite, mais douze heures au moins avant l'opération, en effet celui-ci peut être incomplètement rendu et sortir en entraînant des matières au moment même de l'acte opératoire.

La veille au soir de l'opération, on donne au malade 2 centigrammes d'opium en pilules et on en donne ensuite 4 centigrammes par jour durant les cinq jours qui suivent.

Cette façon de préparer le malade nous paraît excellente, c'est elle à peu de chose près que nous avons vu employer dans le service de M. Schwartz et c'est pour ne pas l'avoir bien suivie dans tous ses détails que dans un cas une selle se produisit le lendemain d'une opération de Whitehead et amena une désunion heureusement incomplète des sutures.

Le malade est alors endormi ; anesthésie générale, et mise dans la position de la taille ; on pratique, comme toujours, la dilatation forcée du sphincter anal avec le spéculum de Trélat.

Ceci fait, on examine les paquets hémorroïdaires, s'il y en a de bien pédiculés, on met une pince au sommet et on incise la muqueuse rectale à leur base, on suture la plaie que l'on vient de faire ainsi au

catgut. Mais le plus souvent il sera utile d'employer de petits clamps que l'on pose à la base des bourrelets. Pour les poser, on saisit la muqueuse au dessus du bourrelet, en un point où elle est bien saine, à l'aide d'une pince de Kocher, on la saisit également au-dessous du bourrelet, près de la peau et dans le même axe vertical, parallèle à l'axe du rectum, alors on tire légèrement sur les deux pinces et on saisit le bourrelet avec un clamp juste en dedans des pinces. On passe alors un fil à la partie toute supérieure du clamp qu'il est facile d'attirer hors de l'anus, on commence la section du bourrelet sur le clamp et à mesure que l'on coupe on suture au catgut les lèvres de l'incision. Ainsi pas de perte de sang. Le clamp tombe et entraîne avec lui le bourrelet saisi. Il suffit de trois à quatre applications pareilles, dit l'auteur, pour la cure des hémorroïdes. Les sutures se font avec du catgut n° 1 et avec la petite aiguille de Reverdin.

Il vaut mieux, dit M. Monod, procéder aux sutures au fur et à mesure de la section que de passer les fils avant de la pratiquer ; on risquerait, en effet, de les couper en même temps que la muqueuse.

Même pansement que précédemment.

Ensuite, le malade est mis à la diète liquide, lait et potages, en petite quantité.

L'opium à la dose de 4 à 6 centigrammes par jour durant 5 à 6 jours.

Le 6^e jour, purgation à l'huile de ricin, le malade entraîne avec sa première selle le pansement et le drain.

Ce procédé est, on le voit, fort différent de celui de M. Reclus. Le résultat en est trois ou quatre lignes de sutures verticales parallèles à l'axe du rectum tandis que dans le procédé de Reclus on a un cylindre complet de muqueuse enlevée.

De plus, M. Monod évite de toucher à la peau, ses sutures sont muco-muqueuses.

C. — *Procédé de Whitehead.*

C'est certainement de tous les procédés sanglants le plus connu, je ne dirai pas le plus facile à pratiquer. C'est une opération bien réglée dont nous allons décrire le manuel opératoire. Elle consiste à réséquer sur toute la circonférence du rectum un cylindre de muqueuse.

Le malade est préparé comme dans les cas précédents, endormi à l'éther ou au chloroforme, l'anesthésie générale est absolument indispensable, placé dans la position de la taille.

On pratique la dilatation forcée de l'anus, on saisit alors à l'aide de pinces de Kocher les quatre points cardinaux de la muqueuse à l'union de celle-ci et de la peau et on fait une section circulaire au bistouri en se gardant d'empiéter sur la peau. Il faut commencer cette section par la demi-circonférence inférieure pour éviter d'être gêné par le sang. On peut pour faciliter la manœuvre faire tirer légèrement sur les pinces par un aide, afin de tendre les tissus.

La section étant faite au bistouri, on commence à disséquer la muqueuse et cela se fait facilement surtout si l'on a recours aux ciseaux. On arrive ainsi rapidement au niveau du bord interne du sphincter. C'est le but que l'on doit se proposer dès l'abord, toute la facilité de l'opération en dépend. En effet, si l'on se reporte trop en dedans de lui, on se trouve dans un mauvais plan de clivage, exactement au niveau des bourrelets variqueux, il en résulte une hémorrhagie abondante, si l'on est en dehors, on risque d'abord de l'abîmer et l'on a une hémorrhagie artérielle aussi gênante que la première.

« Au contraire, si on prend bien soin de disséquer
« le bord interne du sphincter sans l'entamer, dès qu'il
« est bien libéré, on peut abandonner l'instrument
« tranchant, le doigt suffit à décoller la muqueuse jus-
« qu'au dessus de la région hémorroïdaire et l'hémor-
« rhagie est insignifiante. (Delbet) (1) »

On est bien obligé au cours de cette destruction de placer quelques pinces hémostatiques, mais en nombre très restreint. Il est des cas pourtant où la vascularité de la région est considérable. L'hémorrhagie sera alors abondante quoi qu'on fasse. Ils sont rares.

La dissection étant terminée, on voit un cylindre variqueux descendre facilement, ce cylindre affaissé par la dissection est circonscrit par une surface cruenté où il est nécessaire de faire quelques ligatures.

Lorsqu'on juge que la dissection remonte assez haut,

1. Delbet. Société de chirurgie. Séance du 14 juin.

et il faut pour cela qu'elle arrive à la hauteur de la muqueuse saine que l'on reconnaît à sa coloration rosée, tranchant sur la coloration vineuse des hémorroïdes, on fait une section verticale du cylindre dans sa moitié antérieure. A l'aide d'une pince de Kocher ou mieux d'une petite pince à intestin on saisit la paroi intestinale à la partie supérieure de la section que l'on vient de pratiquer et on commence alors la section transversale de la muqueuse. En saisissant au fur et à mesure à l'aide de pinces le bord sectionné. Il est bon de placer d'emblée quelques fils pour éviter de voir la muqueuse remonter trop haut, d'ailleurs ceci ne doit pas se produire et il faut calculer la hauteur de la section sur la facilité plus ou moins grande d'abaissement du cylindre désigné.

La section de la muqueuse rectal saigne abondamment. A mesure qu'on coupe, il faut mettre des pinces et lier les artères, qui donnent un jet, sans se préoccuper des autres vaisseaux qui saignent en nappe et dont l'hémorragie s'arrêtera facilement par la suture ultérieure à la peau.

Celle-ci est pratiquée à l'aide de soies fines. On applique d'abord les quatre points cardinaux assez profondément de façon à ce qu'il ne reste aucun espace mort entre la muqueuse et les tissus auxquels elle est destinée à s'accoler.

Ensuite on met des fils superficiels. La ligne de suture doit être très soignée, l'affrontement bien minutieux ; c'est là une condition presque indispensable pour éviter l'infection.

Le pansement à la gaze iodoformée vaselinée avec

drain central est ici plus utile que dans les autres procédés, il est en effet compressif et facilite l'accolement de la muqueuse.

MODIFICATION DE QUÉNU.

M. Quénu a apporté au manuel opératoire de Whitehead des modifications importantes.

Il commence l'opération comme Whitehead lui-même :
« une incision faite à l'union de la peau et de la mu-
« queuse circonscrit la demi-circonférence de l'anus, puis
« la muqueuse est détachée (avec les hémorroïdes qui
« lui adhèrent) des couches sous-jacentes. Cette dissec-
« tion est poussée assez haut jusqu'au point où la colo-
« ration rosée de la muqueuse saine tranche avec la
« couleur violacée de la muqueuse malade ; ici s'ar-
« rête le procédé de Whitehead. » (1)

Alors, au lieu d'exciser la muqueuse, il la conserve ; se bornant à la débarrasser des veines variqueuses qui la doublent : pour cela, l'index de la main gauche est introduit dans le rectum pour le tendre et l'étaler, à l'aide de petits ciseaux courbes, on détache toutes les ampoules veineuses qui font relief sur la surface externe cruentée de la muqueuse, on épluche pour ainsi dire cette dernière de façon à n'avoir plus entre les mains qu'une membrane uniformément mince, dépouillée de toute la couche cellulo-vasculaire.

1. Quénu et Hartmann. *Loco citato*.

L'hémostase obtenue, on applique quelques points de suture et on procède de la même manière pour le côté opposé.

L'opération terminée un morceau d'ouate iodoformée est introduit dans l'anus pour exercer une légère compression.

Réunion complète au 7^e jour.

Les avantages que l'auteur voit à son procédé sont les suivants : il existe deux lambeaux demi-cylindriques représentés par les deux moitiés de la muqueuse rectale qui par leur direction et leurs parois ne demandent qu'à s'appliquer et à s'affronter : les fils n'exerçant aucune traction ne coupent pas les tissus ; enfin, la ligne de suture est extra-rectale, facile à panser et à protéger contre l'infection, tandis que dans le procédé du chirurgien de Manchester il y a toujours une certaine traction qui ramène en haut la ligne de suture ; celle-ci est intra-anale.

Quénu lui-même reconnaît qu'il est des cas où son procédé n'est pas applicable. Nous aurons à y revenir en faisant l'exposé critique de chacun de ces procédés.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Critique des divers procédés. — Choix d'un procédé. — Indications.

Nous avons, dans la partie précédente, exposé les divers procédés employés autrefois et aujourd'hui dans le traitement des hémorroïdes. Nous nous sommes borné jusqu'à présent à en décrire le manuel opératoire, la partie que nous allons maintenant aborder est certainement la plus délicate. Il s'agit de savoir ce que vaut chacun de ces procédés en soi-même, et ensuite quelles sont les indications et contre-indications de chacun d'entre eux.

Nous remarquons dès l'abord une chose importante ; c'est que chaque chirurgien est très satisfait de la méthode qu'il emploie, il semble que tout soit bon dans le traitement des hémorroïdes depuis la dilatation jusqu'aux procédés sanglants, nous trouvons pour toutes les méthodes un égal enthousiasme. Nous verrons même que certains chirurgiens sont tellement satisfaits de leur façon de faire qu'ils refusent d'essayer de tel autre mode qui semble cependant donner d'excellents effets entre les mains de leurs collègues.

Quel est l'enseignement qu'il faut tirer de ce fait brutal qui résulte de la discussion actuelle de la Société de chirurgie ? C'est qu'il faut être éclectique dans cette vaste question. Nous ne nous demanderons donc pas, par conséquent, quel est le procédé de choix dans la cure des hémorroïdes, d'une façon générale ; nous n'opposerons pas l'ignipuncture à l'excision, le bistouri au thermo-cautère. Nous nous demanderons plutôt quelle est la marche à suivre en présence de tel ou tel cas bien déterminé ; la clinique, l'examen approfondi de l'état local et aussi de l'état général du malade seront nos seuls guides. Nous allons voir que telle variété d'hémorroïdes relève directement, raisonnablement de telle méthode plutôt que de telle autre et cela pour telle ou telle raison.

Néanmoins, il nous est permis de dire que l'avènement de l'antisepsie et de la forcipressure ont eu dans cette question la même influence que dans les autres points de la chirurgie, à savoir que dans les méthodes anciennes qui avaient pour but principal d'éviter l'hémorrhagie et l'infection doivent céder le pas aux méthodes nouvelles que les anciens chirurgiens avaient pu certainement concevoir mais qu'ils n'auraient pas osé pratiquer. A l'heure actuelle, ces deux soucis qui hantaient et paralysaient autrefois l'opérateur, n'existant plus, la question a changé de face et nous aurons pour choisir à nous baser sur d'autres considérations.

Nous suivrons dans cette revue critique l'ordre que nous avons adopté pour l'exposé du manuel opératoire des divers procédés.

§. 1. — *Dilatation.*

Commençons par voir quelle est la valeur exacte de la dilatation de l'anus ?

A-t-elle un rôle seulement palliatif, ou bien peut-elle être curative dans certaines conditions ?

Théoriquement, elle poursuit le but suivant : rétablir dans ses conditions normales la circulation veineuse du rectum gênée par la contracture du sphincter.

La dilatation forcée supprime la contracture, il en résulte la suppression de la douleur, de l'étranglement des veines qui passent entre les fibres musculaires et par suite l'amélioration énorme et même la guérison.

Que disent les faits ? Il est bien évident qu'on en trouve un certain nombre qui semblent donner raison à la théorie. Ainsi les cas signalés par Verneuil et Panas.

L'observation personnelle de Fontan. La publication de ces faits fut même suivie d'un enthousiasme énorme pour cette méthode, enthousiasme qu'expliquaient la facilité du manuel opératoire et le peu de gravité de cette opération. Mais lorsqu'on eut pratiqué suffisamment cette intervention et surtout lorsqu'on eut suivi assez longtemps les malades, on vit qu'il fallait en rabattre.

Au point de vue curatif, les faits montrent que les résultats de la dilatation sont presque nuls. Il n'en est pas de même au point de vue palliatif. Les malades qui ont de petites hémorroïdes fissurées, très douloureuses ont, en somme outre leurs hémorroïdes, tous les symptômes de la fissure anale. Ils souffrent pour aller à la

selle, ont du ténésme et redoutent l'acte de la défécation ils le rendent volontairement aussi rare que possible et deviennent ainsi des constipés. Après la dilatation, ils ne souffrent plus. L'amélioration n'est d'ailleurs que momentanée.

Au point de vue curatif, par conséquent résultats presque nuls. Au point de vue palliatif excellents résultats.

Les hémorroïdes auxquelles s'adresse la dilatation sont les petites dilatations variqueuses frisurées à surface dépouillée de son épithélium et donnant de ce chef une contracture douloureuse du sphincter.

Si au point de vue curatif, la dilatation perd ses droits elle les garde tous comme premier temps de toute intervention sur les hémorroïdes. Elle est même indispensable pour toute opération, ignipuncture ou excision par les procédés sanglants.

Quel est le mode de dilatation qu'il faut employer ?

Certains chirurgiens font la dilatation digitale. Par exemple M. Tillaux. On emploie d'une façon plus générale, la dilatation instrumentale avec le speculum de Trélat. C'est elle que nous avons vu employer dans le service de M. Schwartz, c'est elle que nous recommandons. On peut en effet mieux graduer les pressions à l'aide de l'instrument et celui-ci agit sur une plus grande surface que les doigts.

Les autres modes de dilatation, par exemple le procédé américain qui use de bougies pour dilater ce canal anal, le massage rythmé de l'anus à l'aide d'abord d'un doigt ensuite de deux etc. jusqu'à la main entière

sont abandonnés complètement en France et même n'y ont jamais été bien en vigueur.

§. 2. — *Destruction des hémorroïdes par le fer rouge ou les caustiques.*

La destruction des hémorroïdes telle que la pratiquait Boyer est une déplorable opération qui doit être complètement oubliée.

Le procédé de Richet conserve encore quelques partisans, voir page 46. Mais c'est surtout l'ignipuncture au thermo-cautère qui conserve le plus de partisans.

Notre maître M. Schwartz, l'a pratiquée plus de cent fois depuis 1889 et toujours avec d'excellents résultats. M. Pozzi l'utilise seule dans sa pratique et en est très satisfait. C'est donc une méthode qui mérite que nous nous y attardions un peu et que nous en discutons la valeur.

D'abord, qu'il soit bien entendu que c'est de l'ignipuncture, de la pointe de feu profonde dans le bourrelet hémorroïdaire qu'il s'agit, et non de l'excision au thermo-cautère des paquets hémorroïdaux.

« Lorsque les hémorroïdes sont petites, dit
« M. Schwartz (1), qu'il y en a deux ou trois grappes,
« ou un bourrelet même circulaire peu volumineux, la
« dilatation anale avec le spéculum de Trélat après
« cocaïnisation de la région, puis l'ignipuncture, cons-
« tituent pour moi la méthode de choix. »

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Séance du 14 juin 1899.

Voilà résumées les indications de cette méthode, c'est la formule que nous adoptons d'autant plus volontiers que nous en avons vu les effets dans le service de notre maître et que nous en publions de nombreuses observations avec excellent résultat à la fin de ce travail.

M. Schwartz a employé jusqu'il y a deux ans la volatilisation par la méthode de Richet dans les cas d'hémorroïdes volumineuses constituant de grosses tumeurs procidentes.

Voici la critique qu'il en fait : « C'est certainement
« une excellente opération qui ne m'a donné que des
« résultats opératoires et thérapeutiques excellents.
« Toutefois elle est impossible sans anesthésie générale,
« elle exige pour la guérison des malades des semaines;
« elle donne assez souvent lieu à des rétentions d'urine
« tenaces. »

Il a remplacé cette opération par l'excision de Whitehead et n'a eu qu'à se louer de cette méthode, mais encore à l'heure actuelle il réserve la volatilisation de Richet aux grosses hémorroïdes infectées.

M. Berger l'emploie habituellement.

Les arguments que donnent les partisans de la dilatation avec ignipuncture sont les suivants :

Peu de douleur.

Possibilité d'employer l'anesthésie locale.

Pas d'hémorragie car le thermo au rouge sombre est hémostatique.

Simplicité de l'intervention.

Les principaux défenseurs sont MM. Tillaux, Pozzi, Schwartz, Ollier etc.

Mais si elle a des défenseurs, certes elle ne manque pas de détracteurs. MM. Delbet, Delorme, Picqué, Quénu, Poirier s'en sont déclarés les ennemis acharnés.

Entre autres, M. Delbet a fait contre l'ignipuncture un réquisitoire violent. On considère, dit-il, le thermo comme agent hémostatique, antiseptique et modificateur.

« Comme agent hémostatique, le thermo-cautère est
« le frère jumeau de l'écraseur de Chassaignac. Celui-
« ci est tombé dans un tel discrédit que les jeunes gens
« en ignorent même l'existence. Le thermo-cautère lui
« a survécu. Cependant comme hémostatique il est peu
« persistant.

« Quant à la puissance antiseptique du thermo-cau-
« tère, elle est incontestable. Mais, dans l'immense ma-
« jorité des cas, nous pouvons aujourd'hui réaliser
« l'asepsie autrement.

« Je ne vois donc pas d'argument valable qui puisse
« être invoqué en faveur du thermo-cautère comme
« moyen d'exérèse ou de destruction.

« Est-il plus défendable comme moyen modificateur ?
« Son action modificative n'a rien de mystérieux ; il agit
« tout simplement en provoquant une inflammation
« réactionnelle. Mais, n'est-ce pas, je le demande une
« pratique d'un autre âge que celle qui consiste à re-
« courir à l'inflammation comme agent curateur ? Tous
« les efforts ne tendent-ils pas à supprimer la réaction
« inflammatoire ? Tous les progrès de la chirurgie
« n'ont-ils pas cette suppression pour base ? Et pour

« ce qui est des hémorroïdes n'est-il pas imprudent,
« dans un milieu septique comme est le rectum, de
« provoquer une inflammation dont on n'est jamais
« sûr d'être maître quand on l'a déterminée ? »

Tel est, et on le voit, il ne manque pas de netteté, l'ensemble des accusations que M. Delbet dirige contre le thermo-cautère en général et en particulier dans la cure des hémorroïdes.

Il a vu, dit-il, les mauvais résultats de cette méthode. D'abord, chez Richet dont il fut l'interne, les malades opérés à l'aide de la pince-cautère par la méthode de la volatilisation souffraient d'une manière excessive. Il en a vu mourir de septicémie et de pyohémie. On peut objecter à cela que ces faits se produisaient sous le règne de l'infection purulente et que les malades seraient morts en bien plus grand nombre si, à cette époque, on avait utilisé les méthodes sanglantes.

Aujourd'hui, avec l'antisepsie, l'infection est moins à redouter que ce soit du thermo-cautère ou du bistouri que l'on se serve, il est vrai de dire qu'elle est nulle ou tout au moins doit l'être idéalement avec le bistouri tandis qu'il en existe toujours un certain degré avec le thermo-cautère.

Mais, dit encore M. Pierre Delbet actuellement, les chirurgiens qui se servent du thermo-cautère disent eux-mêmes presque tous que les malades souffrent beaucoup après l'intervention, la douleur est causée par l'inflammation. Dans le service de M. Schwartz, nous n'avons pas constaté de douleurs plus vives après

l'intervention au thermo, qu'après une cure radicale par le procédé de Whitehead.

On a également reproché au thermo-cautère d'exiger plus de temps pour la guérison absolue, pour la cicatrisation parfaite. Nous avons vu les malades de M. Schwartz quitter l'hôpital au bout de quinze jours ne souffrant plus, n'ayant plus de symptômes même légers. Peut-être que si l'on regardait la surface des hémorroïdes on trouverait encore à cette époque la trace des pointes de feu, les escharres sont tombées mais la cicatrisation n'est peut-être pas absolument complète.

C'est le reproche qu'adresse M. Quénu à cette méthode. Il se refuse à croire que les malades de M. Schwartz sont guéris au moment de leur sortie. « En effet, dit-il, « la cicatrisation d'une plaie par le cautère actuel com-
« prend deux temps : un temps d'élimination d'escarres,
« un temps de réparation par seconde intention : or les
« escharres tombent au septième ou huitième jour, et
« chacun sait combien lentement se réparent par se-
« conde intention les plaies de l'anus ».

Il importe de s'entendre. Nous appelons guéri un ulcère de jambe dont toute la surface est recouverte d'épiderme sans attendre que cet épiderme ait atteint l'épaisseur de l'épiderme voisin, nous appellerons guéri tout malade qui sort sans aucun symptôme même léger du côté de l'anus au quinzième jour qui suit l'ignipuncture des hémorroïdes, peu importe qu'il persiste encore les derniers vestiges des pointes de feu

profondes et que la muqueuse n'ait pas repris son aspect entièrement normal.

D'ailleurs dans cette discussion, il nous semble que bien des auteurs ont confondu, pour en faire une critique acerbe, l'ignipuncture avec l'excision au thermo-cautère. Celle-ci, en effet, crée une plaie qui est longue à se cicatriser et nous la rejetons d'ailleurs presque complètement. L'ignipuncture ne crée pas de plaie, elle amène la rétraction par un travail de cicatrisation intra hémorroïdaire. La plaie muqueuse est insignifiante.

Quant aux résultats de cette opération qui est, comme le dit M. Pozzi « d'une simplicité absolue, à la portée « de tous les praticiens, d'une efficacité parfaite, d'une « innocuité certaine » ils sont excellents.

Les malades de M. Schwartz sont et restent guéris. Ceux de M. Pozzi le sont également après vingt, quinze, dix ans.

Il ne reste donc rien des reproches vraiment outrés que l'on adresse à cette méthode. Elle est excellente, parfaite, et si les malades de Saint-Germain et de Lefort observés par M. Poirier sont morts d'infection purulente à la suite de trois pointes de feu, il serait ridicule de croire qu'ils n'auraient pas été infectés, à cette même époque, par une excision sanglante.

Cette opération est donc excellente quand elle s'adresse aux cas bien déterminés et bien définis que signale M. Schwartz.

Quant au traitement par les caustiques, il est abandonné de tous.

Nous savons que M. Bouilly emploie avec succès le traitement américain par les injections phéniquées à l'intérieur des paquets variqueux.

§ 3. — *Extirpation des hémorroïdes au bistouri.*

Méthodes de Reclus, de Monod, de Whitehead.

À notre époque, c'est évidemment à ces méthodes qu'il semble rationnel de recourir. Plus d'hémorrhagie à craindre avec la forcipressure, plus d'infection avec l'antisepsie. Cette formule est exacte, mais l'hémorrhagie que donne l'excision sanglante peut être, malgré les pinces, trop fortes pour certains malades anémiés par les hémorrhagies répétées qu'ils ont subi du fait de leurs hémorroïdes. Il est vrai et nous l'avons vu en décrivant le manuel opératoire qu'il existe des moyens de réduire cette hémorrhagie au minimum.

Voyons d'abord les procédés de Reclus et de Monod. Ils sont différents l'un de l'autre, il suffit de lire dans le *Traité de thérapeutique chirurgicale* de Forgue et Reclus la description du procédé de ce dernier auteur et d'autre part la communication récente de M. Monod à la *Société de chirurgie*.

M. Reclus enlève un manchon de muqueuse avec les hémorroïdes.

M. Monod enlève les hémorroïdes et laisse entre elles des points de muqueuse rectale.

L'opération de M. Reclus (1) nous paraît avoir les

1. Il est vrai que depuis à la *Société de chirurgie* M. Reclus a

mêmes inconvénients que celle de Whitehead puisqu'il enlève toute la circonférence de la muqueuse il est exposé au rétrécissement si les sutures lâchent.

Dans l'opération de M. Monod ce danger n'existe pas, il reste, en effet, entre les pertes de substance des ponts de muqueuse saine qui éviteront et empêcheront la coarctation circulaire.

Avec la façon de faire de M. Monod, usage de clamps, on évite l'hémorrhagie, de plus l'opération est simple, elle ne nous paraît pas dangereuse, car même si l'infection de ces petites plaies se produisait, il en résulterait peu de dommages, c'est-à-dire sûrement pas de rétrécissement les plaies étant parallèles à l'axe du rectum.

Mais cette opération est-elle applicable à tous les cas ? Avec M. Pierre Delbet nous ne le croyons pas. Il faut, pour qu'elle soit logique, que l'on ait affaire à des hémorroïdes assez bien *pédiculisées*. Il faut que le clamp puisse saisir le bourrelet sans saisir la muqueuse voisine et sans la plisser.

De plus, si les paquets sont trop rapprochés les uns des autres, on n'aura plus que des ponts insignifiants de substance saine entre les diverses lignes de sutures, celles-ci seront tiraillées et exposées à déchirer.

Si les lésions de la muqueuse sont trop intenses, si celle-ci est fortement procidente, si les hémorroïdes

dit qu'il n'enlevait pas toujours toute la circonférence de la muqueuse.

font le tour de l'anus, nous trouvons également que l'opération de Monod est contre-indiquée et dans ce cas l'extirpation totale par la méthode de Whitehead nous paraît préférable.

En un mot, l'excision simple au bistouri convient surtout aux bourrelets bien pédiculés sans procidence de la muqueuse, assez éloignés les uns des autres pour laisser entre eux des ponts solides et non tirillés de muqueuse saine.

Mais l'opération de Whitehead s'adresse aux cas vraiment graves d'hémorroïdes. C'est une opération bien réglée, assez délicate qui certainement ne peut pas rentrer dans le domaine de la pratique courante. Elle nécessite une dissection minutieuse et une certaine habileté, mais ses indications sont bien nettes et les résultats excellents.

C'est M. Delorme qui en 1892 la fit connaître à la Société de chirurgie. Depuis lors nombre d'auteurs en ont rapporté des observations et presque tous ceux qui l'ont pratiquée en sont satisfaits.

Il est bien entendu que cette opération ne sera pas appliquée aux petites hémorroïdes bénignes sans gravité. Le remède pourrait être pire que le mal. Mais en présence d'hémorroïdes procidentes, volumineuses, faisant le tour de l'anus, non pédiculisées et entraînant avec elles toute la muqueuse rectale, celle-ci étant d'ailleurs altérée profondément, c'est au Whitehead que nous aurons recours.

Nous avons spécifié, en en décrivant le manuel opératoire, les conditions qui nous ont paru les plus pro-

pices pour éviter les accidents consécutifs à cette opération.

On a cité des cas où l'infection avait désuni toute la ligne de suture et où un retrécissement avait suivi la réunion par deuxième intention. Ces cas rares, il est vrai, donnent néanmoins à réfléchir et il suffit qu'ils puissent se produire pour que cette opération ne soit pratiquée qu'en présence des indications bien nettes que nous avons formulées plus haut.

Nous croyons que l'infection grave ne peut provenir à la suite de cette opération, sauf fautes graves contre l'antisepsie, ou mauvaise préparation des malades. C'est en effet, parce que le passage des matières fécales se fait trop vite sur les sutures que celles-ci lâchent et s'infectent. C'est encore parce que le rectum n'est pas suffisamment désinfecté. Il faut au malade une préparation assez longue, une désinfection journalière de l'anus et du rectum pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, les lavages à l'eau oxygénée nous paraissent excellents pour réaliser ce but et surtout une constipation bien établie par des purgatifs répétés, la diète et l'usage de l'opium. Il ne faudra pas de lavement le jour de l'opération.

*Observations de volatilisation prises dans le service
de M. Schwartz.*

OBSERVATION I

Enormes hémorroïdes internes procidentes réductibles, mai
1894.

Femme anémique atteinte depuis nombre d'années d'hémorroïdes procidentes et fluentes. Règles et flux ont cessé depuis janvier 1894 mais les hémorroïdes sortent constamment et de plus en plus avec chaleur, tiraillements, douleurs. Elle est atteinte de rétroversion utérine adhérente qui donne également des douleurs.

26 mai 1894.

Volatilisation avec la pince cautère de Richet de trois groupes hémorroïdaires sortis sous l'influence d'une purgation. Ensuite réduction, pansement avec pommade iodoformée au 1/20. Constipation par l'opium pendant quatre jours.

Pendant trois jours rétention d'urine.

Purgatif au sixième jour.

Se lève au sixième jour.

Revue en parfait état un an après.

OBSERVATION II

Enormes hémorroïdes internes procidentes et saignantes.
Volatilisation, avril 1897.

Homme de 59 ans.

Cinq applications de pince cautère de Richet.

Deux ligatures à la soie de deux artérioles.

Pansements à la vaseline iodoformée.

Rétention d'urine dure huit jours.

Guérison le 13 mai 1897.

Revue, guéri en juillet 1897.

OBSERVATION III

Hémorroïdes internes. Volatilisation.

Homme de 43 ans, journalier. Souffre depuis cinq ans d'hémorroïdes internes qui saignent abondamment tous les huit ou quinze jours. Au début, les douleurs étaient intermittentes, le malade souffrait après être allé à la selle puis la douleur se calmait et il pouvait vaquer à ses occupations.

Dans ces derniers temps, les douleurs deviennent plus vives et persistent plus longtemps. Elles s'exagèrent dans la marche. Souvent le malade est obligé d'interrompre ses travaux pour s'asseoir et se reposer. C'est ce qui le décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate que les hémorroïdes sortent lorsque le malade fait effort, mais qu'elles rentrent assez facilement.

Opération le 12 mars par le procédé de Richet : Volatilisation. Pansement : introduction d'une mèche de gaze iodoformée.

Le malade se plaignant d'avoir une sensation de brûlure lorsqu'il va à la selle, applications de vaseline sur les parois du rectum.

On note la formation d'une eschare au niveau du sacrum. Application sur cette eschare de compresses humides. Cette eschare est presque cicatrisée lorsque le malade sort le 1^{er} avril bien guéri de ses hémorroïdes.

OBSERVATION IV

Hémorroïdes internes procidentes étranglées. Volatilisation.

Homme de 49 ans, clerc d'huissier. Bien portant jusqu'à l'âge de 27 ans. De 27 à 30 ans, il commence à perdre du sang. A 30 ans, en allant à la selle, il s'aperçoit de la présence d'un paquet qui sort de l'anus. Il a perdu cette fois beaucoup de sang.

Depuis cette époque, il perd irrégulièrement du sang. Une fois, la perte fut si abondante qu'il fut obligé de garder le lit une semaine entière. Depuis 3 ans, il perd du sang tous les jours, en allant à la selle ou lorsqu'il marche. Les hémorroïdes sortent à chaque selle. Le malade les fait pourtant rentrer facilement.

Il entre à l'hôpital le 8 avril 1895.

En le faisant pousser un peu, on voit facilement sortir des hémorroïdes sous forme de paquets qui se gonflent et augmentent de volume quand elles restent quelques instants dehors. Elles saignent facilement.

On les réduit avec facilité.

Le jeudi 18 avril. — Dilatation de l'anus au spéculum de Trélat et volatilisation des tumeurs avec la pince cautère de Richet. Pansement à la vaseline iodoformée.

Le malade va à la selle huit jours après et sort guéri, 15 jours après son opération.

OBSERVATION V

Enormes hémorroïdes procidentes.

Volatilisation, décembre 1894.

Homme de 56 ans, ajusteur. Dans le courant de l'année 1890, le malade s'est aperçu qu'il perdait du sang en allant à

la selle. Il éprouvait en même temps de la douleur mais différente de celle qui caractérise la fistule à l'anus.

Dans la suite le malade s'est aperçu d'un bourrelet qui apparaissait à l'anus au moment où il allait à la selle. Ce bourrelet rentrait d'abord, puis petit à petit il grossit et le malade fut obligé de le rentrer lui même. Pendant toute cette période le sang continua à couler avec abondance et les douleurs persistèrent.

Examen du malade. — On aperçoit une tumeur anale très volumineuse, très rouge saignant au moindre contact, bosselée et douloureuse au toucher. Le bourrelet n'est pas très nettement séparé du pourtour de l'anus, mais néanmoins il existe un sillon, il y a donc prolapsus de la muqueuse rectale.

Le toucher ne permet de rien constater du côté du rectum. On porte le diagnostic d'hémorroïdes internes procidentes.

Le 27 décembre. — Le malade est opéré par le procédé de Richet. Le bourrelet hémorroïdaire est traversé par trois aiguilles qui permettent d'attirer la tumeur et avec des pinces rougies on la volatilise sur les aiguilles.

Pansement à la vaseline iodoformée.

Suites très bonnes. Le malade sort guéri le 9 janvier 1895.

OBSERVATION VI

Hémorroïdes. Volatilisation.

Homme de 29 ans, ébéniste juin 1891.

Bonne santé habituelle, n'a jamais fait aucune maladie sérieuse. Il y a deux ans a eu un abcès de la marge de l'anus qui a guéri sans laisser de fistule. Dès cette époque le ma-

lade éprouve de la gêne et une forte démangeaison à la région anale. Quelques mois plus tard, il s'aperçut que pendant les efforts de la défécation, il en sortait quelque chose comme un bourrelet mou.

Il y a cinq mois le malade perdit beaucoup de sang pendant trois semaines, au moment des selles. Depuis, il n'en a pas perdu une goutte. Mais il entre à l'hôpital pour se débarrasser de ses hémorroïdes car à présent, au moindre effort, à la suite de la marche ses hémorroïdes sortent continuellement.

A l'examen, on constate que par l'orifice anal, sort une couronne hémorroïdaire formée par cinq masses violacées turgescents et du volume d'une petite noix. Ces hémorroïdes sont facilement réductibles. Le malade a pourtant des épreintes et des douleurs pendant la défécation.

Le malade, très émacié, a un aspect cachectique, il saigne souvent du nez, rien du côté de son foie. Rate normale.

Le 10 juin. — A l'aide de la pince de Richet, on détruit les bourrelets hémorroïdaires.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le 30 juin. — Le malade sort guéri.

*Observations de dilatation prises dans le
service de M. Schwartz.*

OBSERVATION I

Année 1891.

Homme de 25 ans, présente de petites hémorroïdes internes douloureuses, saignantes, non procidentes ; arthritisme ; fissure tolérante.

Dilatation simple au spéculum de Trélat.

Guérison.

OBSERVATION II

Hémorroïdes internes et externes.

Homme de 32 ans. A toujours été très bien portant. Entre à l'hôpital le 16 novembre 1898, pour des hémorroïdes. Celles-ci datent de deux ans et demi; mais ce n'est que depuis trois mois qu'elles occasionnent des hémorragies assez abondantes et qui surviennent avec un certain caractère de périodicité au commencement de chaque mois. Elles surviennent aussi bien à l'occasion d'un travail pénible qu'à l'occasion de la défécation, et même spontanément. Ces hémorroïdes ne font pas souffrir le malade. Il se plaint de constipation opiniâtre à laquelle il a toujours été sujet.

A l'examen, on aperçoit sur le pourtour de l'anus un bourrelet de varices externes légèrement turgescents. De plus, lorsqu'on fait pousser le malade on constate l'existence de paquets variqueux sur la muqueuse rectale. Ces hémorroïdes internes sont un peu exulcérées et présentent un certain degré de procidence.

On trouve sur les membres inférieurs des varices légères.

L'examen du foie ne recèle rien d'anormal. On fait contre les hémorroïdes internes la dilatation simple et contre les hémorroïdes externes de l'ignipuncture.

Sorti le 28 novembre guéri.

OBSERVATION III

Hémorroïdes internes.

Homme âgé de 41 ans.

12 octobre 1898.

Commence à perdre du sang par le fondement au moment des selles au mois de mars dernier.

Pas d'hémorroïdes procidentes.

A l'heure actuelle, il n'existe que de petits hémorroïdes externes. Le malade perd du sang à chaque selle.

Traitement. — Dilatation du sphincter anal. Anesthésie à l'éther.

Le surlendemain, le malade a deux selles non douloureuses et sans pertes de sang.

Sort le 23 octobre très amélioré.

OBSERVATION VI

Hémorroïdes saignantes, dilatation.

Homme bien portant auparavant. Souffrait pourtant de coliques intestinales. Il y a 10 mois le malade s'est aperçu qu'il perdait du sang en allant à la selle. Les pertes devenant de jour en jour plus abondantes, il entre à l'hôpital le 5 mars. A l'examen, on le trouve atteint d'hémorroïdes internes.

Le 8 mars. — On fait la dilataion deson sphincter après injection préalable de 4 centigr. de cocaïne dans le sphincter aux 4 points cardinaux et de 2 centig. pour l'injection sous-cutanée. L'anesthésie a été complète. Le malade a subi l'opération sans la moindre douleur. Les jours suivants les hémorrhagies ne se reproduisent plus.

Le 12 mars. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION V

**Hémorroïdes donnant une sensation de gêne très accentuée.
Dilatation.**

Le malade entre à l'hôpital pour des hémorroïdes qui le gênent lorsqu'il est resté longtemps debout, mais qui ne le font pas réellement souffrir. Une seule fois, il a eu du sang dans sa chemise. Pas de douleurs lorsqu'il va à la selle.

A l'inspection, on ne voit pas d'hémorroïdes externes. Lorsque le malade fait des efforts, on voit saillir un bourrelet.

Le 15 septembre, — On lui fait la dilatation de l'anus. Pansements boriqués pendant 2 jours, opium à l'intérieur.

Le malade va à la selle trois jours après.

Il sort guéri le 20 septembre.

OBSERVATION VI

Hémorroïdes internes.

Homme de 69 ans, journalier. Présente des hémorroïdes depuis deux ans. L'une d'elle a commencé à s'étrangler lundi dernier 11 mars. Elle est en train de se sphacéler.

Le 20 mars. — L'hémorroïde sphacélée tombe. La région est bien désinfectée.

Le 2 avril. — On pratique la dilatation de l'anus sous le chloroforme.

Le 9 avril. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION VII

Hémorroïdes internes, 27 juin 1898.

Femme âgée de 28 ans, éprouve depuis 5 ou 6 ans des difficultés pour aller à la selle. La malade dit avoir eu un polype (hémorroïde procidente), qui sortait du rectum au moment des selles. En même temps, elle a eu une petite fistule anale. En novembre 1896, on extirpe un petit polype. Après cette opération, la malade continue à souffrir et présente des hémorroïdes internes procidentes. On fait la dilatation de l'anus sans chloroforme. Depuis lors, les hémorroïdes ne sortent plus mais elles continuent à être douloureuses.

On fait alors la dilatation sous le chloroforme. La malade sort le 7 septembre 1898 toujours dans le même état.

OBSERVATION VIII

Hémorroïdes douloureuses. Spasmes de l'anus.

Femme âgée de 24 ans.

Très constipée depuis trois mois et ne va à la selle que tous les 4 ou 5 jours, difficilement avec des lavements. N'a jamais remarqué que ses selles étaient teintées de sang. Jamais de diarrhée.

Il y a 10 jours, en faisant des efforts pour aller à la selle elle perdit du sang abondamment par l'anus, sang rouge mélangé de caillots.

Cela dura pendant huit jours.

A la marge de l'anus, petites hémorroïdes superficielles

avec des condylomes. Si on tente le toucher, la malade souffre atrocement et on sent le doigt arrêté par un anneau qui admet à peine la pulpe de l'index, c'est le sphincter. Un examen plus complet est impossible à cause des douleurs violentes.

Examen sous le chloroforme. On ne trouve rien du côté du rectum.

Dilatation de l'anus contre les hémorroïdes et extirpation des condylomes aux ciseaux.

Sort guéri le 10 juin.

Observations de dilatation avec ignipuncture,

(décembre 1898).

OBSERVATION I

Service de M. Schwartz.

Homme âgé de 39 ans, employé de chemin de fer. Souffre depuis deux mois, après être allé à la garde-robe n'éprouve pas de douleurs la nuit.

En 1872, s'est aperçu d'un tout petit bourrelet hémorroïdal, indolent.

En 1884, en allant à la selle a éprouvé une vive douleur. N'a jamais eu de sang dans ses garde-robes. Jusqu'à maintenant, ses hémorroïdes sont restées indolentes, elles ont simplement augmenté de volume.

Il y a deux mois, à la suite d'une selle difficile, vive douleur. Depuis ce temps, la douleur persiste.

On constate à la partie supérieure de l'anus du côté gauche, le malade étant dans le décubitus dorsal, une fissure peu large et douloureuse à la pression.

Le 23 décembre. — On fait la dilatation et l'ignipuncture à l'aide de l'anesthésie à la cocaïne.

Les jours suivants, la malade ressent peu de douleurs.

Le 26 décembre, on constate la présence d'un peu de sang dans ses garde-robes.

Les jours suivants, la malade continue à aller bien. Elle sort guérie le 2 janvier 1899.

OBSERVATION II

Hémorroïdes saignantes. Octobre 1898.

Femme âgée de 24 ans, chemisière. Il y a un an environ des hémorroïdes sont apparues en quelques jours, apparaissant à l'extérieur, gênant considérablement la malade et saignant à peine.

Depuis un an, elles n'ont pas disparu et saignent de plus en plus. De plus en plus aussi, elles gênent la malade.

Enfin, les hémorragies augmentent au point que la malade ne peut marcher sans saigner. En outre, elle souffre beaucoup en allant à la selle et son état général s'altère. La malade devient très anémique.

Entre à l'hôpital le 5 octobre 1898.

On trouve, à l'hôpital, de gros paquets d'hémorroïdes procidentes que la malade rentre elle-même, avec de grands efforts.

Les hémorroïdes sortent dès qu'elle va à la salle, dès qu'elle marche. Quand elle pousse, on voit de petites ampoules pointues. Pas de paquets.

Le 18 octobre 1898. — Anesthésie à l'éther, dilatation de l'anus avec le spéculum de Trélat. Ignipuncture dans les masses hémorroïdaires, on en excise une externe.

Pansement à la gaze iodoformée. Sortie le 1^{er} novembre en excellent état.

OBSERVATION III

Hémorroïdes internes, 4 août 1891.

Début des hémorroïdes il y a 4 ans chez une femme âgée de 33 ans. Père, frère et sœur atteints de cette affection.

Depuis 2 mois, amaigrissement, faiblesse, vertiges, céphalalgie, constipation opiniâtre.

Pertes de sang de plus en plus abondantes. Les hémorroïdes sont légèrement procidentes mais réductibles.

Le 6 août. — Chloroforme, dilatation et ignipuncture.

Le 10 août. — Depuis 3 jours 38° le soir; purgation. Partie le 13 septembre guérie.

Revue en juillet 1894. Complètement guérie.

OBSERVATION IV

La femme P... 20 ans. Demeurant à Neuilly a des hémorroïdes externes et internes non procidentes mais saignantes, douloureuses et gênantes. Avec cela, des phénomènes congestifs du côté de l'utérus et du vagin ainsi que du côté de la face et particulièrement du nez qui, à certaines heures, devient rouge cramoisi ce qui fait le désespoir de la malade très névropathe.

Le 28 Janvier 1890. — Chloroformisation. Ignipuncture profonde.

6 février. — Très bon état, guérison presque complète.

Avril. — Guérison complète.

Troubles vasomoteurs, nez rouge. Electrolyse, 60 Electro-punctures. Grande amélioration.

OBSERVATION V

S... A.. 25 ans, 1/2 nacrier. Entre à l'hôpital le 2 mars 1891.

Souffre de ses hémorroïdes depuis 5 ans. Perd du sang en allant à la selle quelquefois pendant 2 ou 3 mois de suite.

Dernière crise hémorroïdaire au milieu de février.

Examen local. — Hémorroïdes cutanées muqueuses. Marisques.

Hémorroïdes internes non procidentes. Au toucher pas de contracture du sphincter, pas trace de fissure. On ne sent rien au dessus des hémorroïdes qu'on voit en faisant pousser le malade.

6 mars. — Opération ; Chloroforme. Excision au thermocautère des hémorroïdes externes. Cautérisations ponctuées des hémorroïdes internes. Pansement : compresses bori-quées.

8 mars. — Pansement : gaze iodoformée, mèche enduite de vaseline iodoformée.

23 mars. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION VI

M... A... 53 ans, journalier. Entre à l'hôpital le 9 mars 1891 à 44 ans; tumeur blanche du genou soignée à SaintLouis à 52 ans. Absès froid du cinquième métacarpien droit.

Début des hémorroïdes il y a 22 ans.

Examen local. — Hémorroïdes procidentes, muco-cutanées. Fissure tolérante.

Pas de symptômes de tumeur abdominale, de cirrhose du foie ou d'aucune autre maladie ayant pu causer les hémorroïdes.

16 mars. — Opération chloroforme. Dilatation de l'anus. Cautérisations ponctuées des hémorroïdes attirées au dehors. Pansement iodoformé. Compresses boriquées.

22 mars. — Bon état de la plaie.

4 avril. — Le malade va très bien.

6 avril. — Le malade quitte l'hôpital allant très bien.

OBSERVATION VII

B... Camille, 29 ans. Etudiant en médecine.

Entre le 13 mars 1891 à l'hôpital. Blennorrhagie en 87, 89 et 90.

Hémorroïdes ayant débuté il y a environ 9 ans.

Hémorroïdes internes peu douloureuses restées stationnaires pendant cinq ans. Il y a 1 an, hémorroïdes externes : les douleurs ont augmenté mais pas de fissure intolérante.

Rien du côté du foie ou de l'abdomen.

16 mars. — Opération. Chloroforme. Ignipuncture. Pansement iodoformé. Compresses boriquées.

21 mars. — Sort sur sa demande expresse non guéri.

OBSERVATION VIII

M... Théophile, 45 ans, menuisier, Entré le 18 janvier 1895. Son père avait des hémorroïdes.

Fièvres en Afrique. En 1881 syphilis, en 1887 hydarthrose

du genou. Début il y a 8 ans. En ce moment à chaque défécation les hémorroïdes font procidence causant de très vives douleurs et s'accompagnant de pertes de sang assez abondantes. A l'inspection durant la procidence on voit une masse de la grosseur d'un œuf, rouge enflammée, lobulée.

Au toucher l'anus est fortement contracturé, les hémorroïdes ne remontent pas très haut.

Opération. — Le 20 Ignipuncture. Suites opératoires bonnes sauf quelques petites hémorrhagies lors de la chute des escharres. Elles sont arrêtées par des attouchements avec une solution d'antipyrine.

Sorti guéri le 11 février.

OBSERVATION IX

X... Hémorroïdes internes saignantes peu procidentes.

Tabétique au début. Les hémorrhagies au moment des selles sont presque continuelles depuis deux ans. Anémie profonde.

6 février 1895. — Chloroformisation. Dilatation digitale. Ignipuncture.

7 février. — Un peu de rétention d'urine.

28 février. — Guérison complète des hémorroïdes.

OBSERVATION X

P. N... Hémorroïdes pédiculées internes procidentes.

Leucorrhée anale très abondante.

Chloroformisation. Dilatation. Ablation et thermocautérisation.

Guérison complète 18 jours après.

OBSERVATION XI

P., Pierre 46 ans, charretier. Réformé pour goître.

Depuis un an, le malade souffrait de plus en plus au moment des selles et perdait du sang par le rectum assez abondamment. A l'examen on constate des bourrelets d'hémorroïdes externes et quelques hémorroïdes internes.

16 octobre. — Chloroformisation. Dilatation et cautérisation au thermo-cautère. Tampon iodoformé dans le rectum et compresses boriquées.

Les tampons sont renouvelés chaque jour jusqu'au 22 octobre, jusqu'au 29 octobre les pansements boriqués sont continués.

30 octobre. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XII

M., 41 ans, sergent de ville. Il y a 6 ans, que le malade remarque l'existence de ses hémorroïdes. Il se plaignait surtout alors d'une constipation opiniâtre et les selles étaient fort douloureuses.

Le malade souffre encore actuellement après chaque défécation.

A l'examen. — On constate une petite fissure avec un gros paquet d'hémorroïdes.

Pas de varices aux jambes. Pas de varicocèle.

21 février. — Chloroformisation. Dilatation et thermo-cautérisation. Mèche de gaze iodoformée.

2 mars. — Très bon état.

9 mars. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION XIII

Den. P..., 45 ans fermier.

Enfance très malade. A 20 ans, remarque pour la première fois que ses selles sont teintées de sang. Son père était hémorroïdaire et avait tous les mois des pertes semblables à un flux menstruel.

Il y a cinq ans plusieurs crises de coliques néphrétiques durant six mois avec urines chargées de sable.

Les hémorroïdes ne deviennent douloureuses que cinq ans après leur début. Depuis 4 ans plusieurs crises hémorroïdaires.

A l'examen, on constate un bourrelet très volumineux, violacé, d'hémorroïdes internes.

25 avril. — Chloroformisation. Dilatation. Ignipuncture profonde. On ouvre en même temps un abcès de la marge de l'anus qui contient une assez grande quantité de pus.

Mèche de gaze iodoformée.

2 mai. — Après 7 jours de constipation on donne au malade un purgatif.

8 mai. — Très bon état. Cicatrisation presque complète.

9 mai. — Le malade sort presque complètement guéri.

OBSERVATION XIV

M. de L... Il y a 7 ans, a été dilaté pour des hémorroïdes qui saignaient beaucoup. Amélioration durant cinq ans, douleurs fréquentes et pertes de sang. Le 8 juin, chloroformisation. Dilatation. Ignipuncture. 9 juin, rétention d'urine et quelques douleurs calmées par des compresses froides.

20 juin. — Guérison presque complète.

Opérations de Whitehead.

La thèse de A. Martin (1893) contient onze observations de cette méthode avec résultats à distance.

En voici des observations dues à M. Schwartz.

OBSERVATION I

Femme de 18 ans forte, bien réglée, issue d'une famille d'hémorroïdaires.

Hémorroïdes grosses comme des noix surtout à gauche et en arrière, douloureuses, non saignantes, non ulcérées, procidentes, facilement réductibles, sortant à chaque instant surtout sous l'influence de la marche.

Opération de Whitehead le 4 avril 1898 sous le chloroforme. Après dilatation anale.

• Excellent résultat.

OBSERVATION II

Prolapsus du rectum et hémorroïdes internes et externes. Suture de la peau à la muqueuse après ablation au bistouri des parties malades.

Malade alcoolique et artério-scléreux. Prolapsus très douloureux de 3 cm., gros bourrelet d'hémorroïdes internes.

Ablation par la méthode de Whitehead de tout le prolapsus avec le renflement hémorroïdaire. Sutures au catgut et au crin de Florence du rectum à la peau de l'anus.

Excellent résultat.

OBSERVATION III

Homme de 37 ans, employé de commerce.

A eu il y a 15 ans, une poussée d'hémorroïdes peu intense.

De 1883 à 1889 en a eu à plusieurs reprises, mais peu douloureuses, ne se manifestant que par des petites hémorrhagies.

En 1889. — A eu de grosses hémorroïdes internes proci-dentes qui a un moment donné ne sont plus rentrées ; grâce à l'application de sangsues, dit le malade, les hémorroïdes ont été guéries.

En 1892. — Une nouvelle poussée d'hémorroïdes s'est produite dans les mêmes conditions.

Enfin au bout de quinze jours de souffrances atroces et après un traitement suivi, glace, vaseline, purgatifs, lavements froids, la phlébite hémorroïdaire a guéri.

Depuis 1892. — Constamment des hémorrhagies et des douleurs, les hémorroïdes sortent à chaque instant.

Enfin, ces temps-ci, les douleurs augmentant, se décide, sur le conseil du médecin, à entrer à l'hôpital le 24 juin 1898.

Examen actuel. — Il existe sur une hauteur de 5 à 6 centimètres un paquet d'hémorroïdes internes, faisant saillie à l'anus, au moment de la défécation et dans les efforts.

Ce paquet est constitué par 4 ou 5 tumeurs variqueuses de la grosseur d'une noix chacune. Elles rentrent assez facilement, à condition toutefois que le malade les fasse rentrer dans un ordre connu de lui.

De ce paquet s'écoule par moments une quantité de sang abondante, en véritable jet. Un liquide séreux s'écoule également dans l'intervalle des selles.

Le malade au repos ne souffre pas.

Il souffre au contraire d'une manière atroce pendant et après la défécation et après les efforts lorsque les hémorroïdes sont sorties.

Le malade n'est pas constipé.

Son état général se ressent de l'affection locale. Ses forces ont diminué : son caractère a changé, s'est aigri. Il a maigri depuis 2 mois de 15 livres. Le malade a cependant bon appétit.

Opération le 29 mai. — On pratique l'opération de Whitehead (extirpation de toute la tumeur hémorroïdaire). Abaissement de la muqueuse anale et suture à la peau.

Une mèche iodoformée ainsi qu'un drain sont placés dans l'anus.

Les jours suivants. — Le malade est constipé régulièrement chaque jour avec 10 c. g. d'extrait thébaïque.

Le 30 juin. — Le pansement extérieur est renouvelé.

6 juillet. — On enlève $\frac{1}{3}$ des fils.

8 juillet. — Les derniers fils sont enlevés.

13 juillet. — Sort complètement guéri.

OBSERVATION IV

Femme de 16 ans, ouvrière.

Il y a 5 ans, la malade commence à souffrir en allant à la selle; elle saigne un peu; à ce moment les hémorroïdes sont de la grosseur d'une noisette. Elles ont augmenté de volume et au moment où on examine la malade (3 février) après un lavement, on voit qu'elles sont du volume du pouce.

La malade était alors constipée et allait péniblement à la selle.

Opération le 7 février. — Dissection du paquet hémorrhoidaire par la méthode Witehead. Réunion de peau à muqueuse par de nombreuses soies. On place un pansement à drain central. —

On constipe la malade.

Cinq jours après on retire le drain. La plaie sentant fort mauvais, on fait un lavage du rectum et on place une mèche à l'orthoforme.

La malade va bien, les fils tombent 10 à 12 jours après l'opération; il reste seulement une très petite hémorrhonoïde grosse comme un pois.

La malade va facilement à la selle, s'assied facilement et se remet à marcher.

Exeat 3 mars 1899.

F E M M E S

Date	Age	Diagnostic	Mode de traitement	Résultats immédiats	Séjour à l'hôpital	
					Entrée	Sortie
1890		Hémorroïdes internes avec fissures à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'anus.	Dilatation et cauterisation au thermo.	Guerison.	4 février.	29 février.
		Hémorroïdes internes et externes datant de 2 ans, douleurs, hémorrhagies.	Cautérisation.	»	11 juillet.	27 juillet.
	47 »	Hémorroïdes procidentales mais réduci- bles. Douleurs, leucorrhée. Hémorrhagies.	Ablation à la pince. Cautère de Richet.	»	3 semaines.	
1891	18 »	Hémorroïdes avec fissure.	Dilatation ablation, au thermo-cautère.	»	18 décembre.	4 ^e janvier 1892.
	22 »	Hémorrh. externes.	Dilatation. Cautérisation au thermo.	»	3 février.	18 février.
	33 »	Hémorroïdes.	Iguipuncture le 6 août sous le chloroforme.	»	6 août.	13 septembre.
	22 »	Hémorroïdes.	Opérée le 10 août. Mode de traitement non indiqué.	»	8 août.	18 septembre.
	23 »	Hémorrh.	Opérée au thermo-cautère.	»	19 septembre.	12 novembre.
1892-93	32 »	Hémor. internes procidentes.	Dilatation anale à la cocaïne le 3 mai.	»	26 avril.	9 mai.
	44 »	Hém. et fissure à l'anus.	Réssection de marisques au thermo.	»	26 décembre.	5 janvier.

FEMMES (Suite).

Date	Age	Diagnostic	Mode de traitement	Résultats immédiats	Séjour à l'hôpital	
					Entrée	Sortie
1895	39 ans.	Hém. et fissure. Anale.	Dilatation.	Guérison.	26 février.	8 mars.
	33 »	Hém. internes exulcérées-saignantes.	Dilatation de l'anus.	»	13 novembre.	13 décembre.
	38 »	Hém.	Dil. et ignipuncture.	»	23 juillet.	1 ^{er} août.
	49 »	Hém. internes.	Op. de Whitehead.	»	2 février.	18 février.
	24 »	Hém. externes et condylomes de l'anus.	Dilatation et grattage à la curette des végétations.	»	27 mai.	10 juin.
1898	28 »	Hém. fissuriques.	Dilatation.	»	27 juin.	7 juillet.
	57 »	Hemor. inter.	Cautérisation au thermo. Whitehead.	»	22 août.	25 septembre.
	23 »	Hém. internes. Hémorrhagies.	Extirpation au bistouri et cautérisation.	»	»	»
	62 »	Phlébites Hémorrh.	Pauses humides.	»	5 octobre.	1 ^{er} novembre.
	16 »	H. internes.	Whitehead.	»	30 janvier.	2 mars.
1899	31 »	H. internes.	Whitehead.	»	27 mars.	16 avril.
	32 »	H. internes.	Dilatation et ignipuncture.	»	6 avril.	19 avril.
	32 »	Hém. int.	Dilatation et ignipuncture.	»	19 avril.	28 avril.

HOMMES

Date	Age	Diagnostic	Traitement	Résultats immédiats.	Séjour à l'hôpital.	
					Entré	Sorti
1897	39 ans.	H. externes.	Dilatation	Guérison.	5 mars.	12 mars.
	43	H. externes.	Volatilisation Richet.	»	8 mars.	1 ^{er} avril.
	38	H. externes.	Volatilisation Richet.	»	23 août.	10 septembre.
	34	H. externes.	Cautérisation au thermo.	»	27 août.	13 septembre.
	49	H. internes sphacélées et étranglées.	Cautérisation au thermo.	»	13 novembre.	26 novembre.
	27	H. internes.	Thermocautérisation.	»	14 novembre.	20 novembre.
1898	32	H. externes.	Dilatation et thermo.	»	26 janvier.	18 février.
	37	H. internes.	Whitehead.	»	24 juin.	13 juillet.
	33	H. externes.	Volatilisation.	»	3 octobre.	22 octobre.
	32	H. externes.	Dilatation et ignipuncture.	»	16 novembre.	28 novembre.
	49	H. ext. et fissure.	Dilatation	»	19 décembre.	1 ^{er} janvier.
	42	H. ext. et fissure.	Dilatation. et thermo.	»	17 février.	9 mars.
1899	38	H. ext. et internes proclidentes.	Dilatation et ignipuncture.	»	24 février.	12 mars.
	56	H. internes.	Dilatation. et ignipuncture.	»	5 avril.	24 avril.
	45	H. ext. et internes. Absces péri-anal.	Ablation au thermo. Incision de l'abcès.	»	17 avril.	9 mai.

CONCLUSIONS

1° Il existe une classe, restreinte il est vrai, d'hémorroïdes qu'il ne faut pas opérer. Ce sont les hémorroïdes symptomatiques et celles qui ne donnent naissance à aucun trouble local ou général.

2° Le traitement des hémorroïdes externes comprend plusieurs moyens excellents : excision au bistouri ou au thermo-cautère, ignipuncture, tous ces procédés donnent des résultats équivalents.

3° Quant aux hémorroïdes internes, nous croyons que les deux grandes méthodes ignipuncture et excision au bistouri précédées l'une et l'autre de la dilatation forcée du sphincter anal ont chacune leurs indications.

La dilatation est rarement curative à elle seule, elle constitue toujours le premier temps de l'opération.

4° Le thermo-cautère ne doit être utilisé que pour l'ignipuncture profonde des paquets variqueux et non pour l'excision de ces paquets, celle-ci doit être faite au bistouri, soit par la méthode de Reclus-Monod soit par l'opération de Whitehead.

5° Les petites hémorroïdes non procidentes ne s'accompagnant pas de rectite hémorroïdaire intense, donnant lieu à des douleurs, relèvent du thermo-cautère. De même en vertu de la rapidité et de l'absence d'hémorragie, on traitera par ce moyen, les hémorroïdes des sujets par trop débilités ou des vieillards.

6° Les hémorroïdes volumineuses procidentes s'accompagnant de rectite, saignant abondamment, relèvent du bistouri. Nous préférons l'opération de Whitehead à celle de Reclus dans les cas où les hémorroïdes sont développées sur tout le pourtour de l'anus. Nous réservons la seconde aux cas où elles forment des paquets isolés les uns des autres par de larges intervalles de muqueuse saine.

7° Les conditions de la réussite du Whitehead sont les suivantes :

Bonne préparation du malade. Il faut que le passage des matières soit interrompu pendant huit jours, la désunion résultant de l'infection des sutures par le passage trop rapide du contenu intestinal.

Les fils ne seront pas trop serrés pour éviter de couper les tissus.

Après l'opération, il ne doit pas y avoir de tension de la muqueuse. Lorsqu'il y a tendance à la procidence, on peut enlever hardiment toute la muqueuse malade sans tension dans la réunion.

D'ailleurs la muqueuse rectale descend très bien lorsqu'on a soin de l'aborder pour la décoller exactement sur le bord interne du sphincter. Dans ces conditions également l'hémorrhagie n'est pas intense. Ce qui saigne le plus, c'est la section de la muqueuse et cette hémorrhagie s'arrête par la suture à la peau, surtout lorsqu'on met quelques points profonds.

La suture doit être très soignée, l'affrontement minutieux.

BIBLIOGRAPHIE

- GOSSELIN. — Leçon sur les hémorroïdes. Paris, 1866.
- QUÉNU. — Etude sur les hémorroïdes. Revue de chirurgie, mars 1893. T. XIII.
- RÉCAMIER. — Sur les hémorroïdes, an VIII, 1800.
- DE LARROQUE. — Traité des hémorroïdes, 1812 et thèse de Paris, 1810.
- CORNILET RANVIER. — Traité d'histologie pathologique, 2^e édition.
- V. HARTMANN et LIEFFUNG. — Bulletin de la Société anatomique. Paris, janvier 1893.
- BALL. — The rectum and anus, 1887.
- ULLINGHAM. — Hemorrhoid, fistula, etc., 4^e édition.
- OGSTON. — External hemorrhoids in a new born child. Lancet, London, 1883.
- LANNELONGUE. — Dict. de méd. et de chir. prat., t. XVII.
- POTHERAT. — Traité de chirurgie, Duplay et Reclus.
- BUDIN. — Les varices chez la femme enceinte. Th. d'agrég. 1880.
- NIEMEYER. — Traité de pathologie interne et de thérapeutique. Paris, 1869.
- MOLLIÈRE. — Maladies du rectum et de l'anus. Paris, 1877.
- DURET. — Archives générales de médecine, 1879, t. II.
- FOLLIN et DUPLAY. — T. VI.
- FROMENTIN et DUPEUX. — Des hémorroïdes pendant la grossesse. Th. Paris, 1841.

- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale. T. I.
BODENHAMER. — New-York, med. rec., 1877, t. XII.
BANKS. — Liverpool medico-chirurgical journal, 1886.
WHITEHEAD. — Three hundred consecutive cases of hæmorrhoids cured by excision. British, med. journ., 1887.
DELESTANG. — Choix d'un procédé opératoire dans le trait.
des hémorrhoides. Thèse Paris, 1893-1894.
MEESEMÖCKER. — Thèse de Paris, 1892-1893.
DELORME. — Société de chirurgie. Bulletin, 1892.
FONTAN. — Bulletins de la société de clinique, 1877.
CRISTOFARI. — Thèse Paris, 1876.
MONOD (F.). — Thèse de Paris, 1877.
RECLUS. — Bulletin de la société de chirurgie, 1892.
QUAIN. — The diseases of the rectum, N. Y. 1875.
RÉCAMIER. — Revue médicale franç. et étrang. 1848.
HOUSTON. — Dublin, Journ. of. med. sc. 1843.
COLLES. — Dublin Journ. of méd. sc. 1874.
KELSEY. — New-York med. journ. 1882.
MATTHEWS. — Philad. med. Report, 1884.
SPAARK. — Journ. de med de Bruxelles, 1880.
ANÉ. — Thèse de Paris, 1897.
MARTIN. — Thèse de Paris, 1895.
QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, 1895.
Bulletins de la société de chirurgie, 1899.

Vu : le président de la thèse,
LE DENTU

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD

Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris

